## Вступ. Пророки сьогодення

Задоволення… Задоволення… Усі гроші світу витрачають на задоволення.

Ця книжка про задоволення. А також про біль. Однак найважливішим є те, що вона про взаємозв’язок між задоволенням і болем, а ще про те, яким чином цей взаємозв’язок став необхідною складовою гарно прожитого життя. Чому? Тому що ми змінили світ, перетворивши його із середовища нестатків у середовище безмежного багатства. Наркотики, їжа, новини, азартні ігри, шопінг, геймінг, надсилання текстових повідомлень, обмін повідомленнями інтимного змісту, ведення блогів, спілкування у соціальних мережах (як-от фейсбук, інстаграм, ютюб, твіттер), тролінг… Збільшення доступності, кількості, різноманітності та дієвості стимулів, що забезпечують позитивне підкріплення, у наш час просто вражає. Смартфон — це свого роду сучасний шприц, який цілодобово вводить цифровий дофамін мережевому поколінню. Зараз ніхто з нас не захищений від проблем залежності. Якщо ви ще не знайшли власний наркотик, то невдовзі він неодмінно з’явиться на одному з вебсайтів у вашому полі зору.

Науковці використовують дофамін як своєрідний універсальний показник для вимірювання адиктивного потенціалу будь-якого досвіду. Що більше дофаміну містить шлях винагороди в мозку, то сильніше відповідний досвід спричиняє залежність. Крім відкриття дофаміну, однією з найважливіших знахідок минулого століття у галузі нейронауки було те, що за обробку болю відповідає та сама ділянка мозку, яка забезпечує й обробку задоволення. Ба більше, задоволення й біль діють немов протилежні шальки терезів. Ми всі переживали моменти нестримного бажання чергового шматочка шоколаду, хорошої книжки, фільму чи відеогри і хотіли, щоб це тривало вічно. Подібний момент бажання відображає зміщення рівноваги у мозку від задоволенняя до болю. Мета цієї книжки полягає у тому, щоб пояснити нейробіологію винагороди й завдяки цьому допомогти вам знайти кращу та здоровішу рівновагу між задоволенням і болем.

Проте однієї нейронауки недостатньо. Також нам потрібен життєвий досвід інших людей. Хто ще зможе краще навчити, як подолати компульсивне надспоживання, аніж найуразливіші у цьому сенсі люди — ті, котрі страждають від залежності. Ця книжка ґрунтується на справжніх історіях з життя моїх пацієнтів, які потрапили в залежність та знайшли шлях до порятунку від неї. Вони дозволили мені розповісти власні історії, аби ви мали змогу скористатися набутою ними мудрістю, як це зробила я сама. Деякі з цих історій можуть вас шокувати, однак я вважаю, що це лише крайній прояв того, на що здатні всі ми. Філософ і теолог Кент Даннінґтон писав: «Люди з важкою залежністю — це сучасні пророки, яких ми, на превеликий жаль, зневажаємо, оскільки вони показують нам, ким ми є насправді». Хай би про що йшлося — про цукор чи шопінг, вуаєризм або вейпінг, пости у соцмережах чи у Washington Post — повсякчас ми робимо те, чого не хотіли б робити, і поводимося так, що опісля про це шкодуємо. Ця книжка пропонує практичні рішення щодо того, як упоратися з компульсивним надспоживанням у світі, де споживання стало всеосяжною рушійною силою життя кожного.

Головні тези цієї книжки полягатимуть у тому, що невпинне прагнення до задоволення спричиняє біль, а також у тому, що здатність залишатися відкритим до болю і є секретом

досягнення ще більш тривалого задоволення. Книжка починається з розповіді про відмову від продуктів та моделей поведінки, котрі стимулюють вироблення дофаміну (дофамінове голодування). Далі йтиметься про заохочення помірності шляхом самостримування (згодом я детально поясню цю концепцію), а наприкінці — про дослідження того, як можна уникнути невротичної самозаклопотаності, не тікаючи при цьому від реальності за допомогою наркотиків. І ця відповідь може вас здивувати. Адже вона пов’язана з усвідомленням, що чесність і сором (у хорошому значенні цього слова) можуть бути способом злитися зі світом замість того, щоб намагатися втекти від нього.

# Частина І. ПРАГНЕННЯ ДО ЗАДОВОЛЕННЯ

## 1. Наші машини для мастурбації

Я привіталася з Джейкобом у приймальні. Перше враження? Доброзичливий.

Це був чоловік віком ледь за шістдесят, із середньою вагою та м’яким, проте привабливим обличчям, що доволі красиво старіло. Він був одягнений у стандартне вбрання Кремнієвої долини — штани кольору хакі й повсякденну сорочку на ґудзиках. У нього була непомітна зовнішність. Не як у людини з таємницями.

Коли Джейкоб ішов за мною коротким лабіринтом коридорів, я відчувала, як його тривога хвилями котиться по моїй спині. Пригадую, як колись непокоїлася, проводжаючи пацієнтів до свого кабінету. *Чи не занадто швидко я йду*? *Чи не хитаю я стегнами*? *А може, мої сідниці мають кумедний вигляд*? Здається, ніби це було так давно. Мушу визнати, що зараз я загартована у битвах версія колишньої себе, стоїчніша та, можливо, байдужіша. *Чи була я кращою лікаркою тоді, коли менше знала й більше відчувала*?

Коли ми зайшли в кабінет, я зачинила двері й ненав’язливо запропонувала Джейкобові одне з двох терапевтичних крісел із зеленими подушками. Він сів. Я також. Він обвів поглядом кімнату.

У моєму кабінеті розміром три на чотири метри стоїть стіл з комп’ютером, шафа з книгами та низенький столик між кріслами. Письмовий стіл, шафа та столик — усе це виготовлене в одному стилі з червонувато-коричневого дерева. Стіл дістався мені від колишнього завідувача кафедри. Стіл має тріщину всередині, у місці, де ніхто не побачить — влучна метафора для моєї справи. На столі лежать декілька стосів паперу, бездоганно вирівняних, немов акордеон. Кажуть, це створює враження організованої ефективності.

Стіни мого кабінету декоровані усякою всячиною. Необхідні дипломи, переважно без рамок (я занадто лінива). Малюнок кішки, який я знайшла у сусідському смітті й забрала собі заради рамки, а залишила через кішку. Різнокольоровий гобелен із зображеними на ньому дітьми, які граються в пагодах й навколо них (реліквія з тих часів, коли я була двадцятирічною дівчиною і викладала англійську в Китаї). Гобелен має пляму від кави, проте її можна побачити, лише знаючи, що шукаєш, як на малюнку з тесту Роршаха.

У кабінеті також виставлені різноманітні дрібнички, здебільшого подарунки від пацієнтів та студентів. Один пацієнт, талановитий художник і музикант, подарував мені зроблене ним фото мосту «Золоті ворота» з накладеним на нього зображенням музичних нот, написаних від руки. Роблячи це фото, він більше не думав про самогубство, однак це все-таки сумне зображення у сіро-чорних тонах. Ще одна пацієнтка, прекрасна молода жінка, заклопотана зморшками, яких більше ніхто не бачив і які не могла прибрати ніяка кількість ботоксу, подарувала мені глиняний глечик для води — такий великий, що з нього можна було б напоїти з десяток людей. А ще там є книжки, вірші, нариси, мистецькі роботи, поштові та святкові листівки, листи, карикатури.

Ліворуч від комп’ютера я тримаю невеличку репродукцію гравюри «Меланхолія» Альбрехта Дюрера. На цьому малюнку Меланхолія в образі жінки сидить у кімнаті, а навколо неї занедбані промислові та часові інструменти — візир, терези, пісочний годинник, молоток. Виснажений пес, у якого з-під запалої шкіри випинаються ребра, терпляче чекає, хоча й даремно, коли Меланхолія підведеться. Праворуч від комп’ютера стоїть фігурка глиняного ангела, що підіймає до неба зроблені з дроту крила. Біля ніг ангела викарбуване слово «Хоробрість». Цю фігурку подарувала мені колега, котра приводила до ладу власний кабінет. Покинутий ангел. Я не дуже релігійна, але залишила його собі.

Я вдячна, що маю цю кімнату. Тут я перебуваю поза часом, існуючи у світі таємниць і мрій. Проте цей простір має відтінок смутку й туги. Професійні норми забороняють спілкуватися з пацієнтами поза сеансами. Хоч би якими реальними були наші стосунки у кабінеті, вони не можуть існувати за його стінами. Побачивши когось із пацієнтів у продуктовому магазині, я навіть не дуже охоче вітаюся з ними, щоб не здаватися людиною, котра також має свої потреби. Що, я теж їм?!

Багато років тому, під час навчання у резидентурі з психіатрії, я вперше побачила свого наукового керівника із психотерапії за межами його кабінету. На той час я поділилася з ним численними інтимними подробицями свого життя, і він консультував мене, наче я була би його пацієнткою. Мій керівник вийшов з магазину, одягнений у пальто й капелюх у стилі Індіани Джонса. Він мав такий вигляд, ніби щойно зійшов з обкладинки каталогу Джона Пітермана. Це був вкрай неприємний досвід. Я ніколи не вважала його людиною, здатною носити капелюх. Для мене це означало, що мій науковий керівник заклопотаний своєю зовнішністю, що суперечило моєму ідеалізованому уявленню про нього. Однак цей випадок допоміг мені усвідомити, яке збентеження відчуватимуть пацієнти, побачивши мене поза стінами мого кабінету.

Я повернулася до Джейкоба й почала сеанс.

— Чим я можу вам допомогти?

Серед інших варіантів початку розмови, що сформувалися у мене з часом, є такі фрази: «Розкажіть мені, чому ви тут», «Що привело вас сюди сьогодні» і навіть «Почніть із самого початку, хай що б це було у вашому розумінні».

Джейкоб подивився на мене.

— Я сподівався, — сказав він з відчутним східноєвропейським акцентом, — що лікарем буде чоловік.

Я знала, що він буде говорити про секс.

— Чому? — запитала я, вдаючи, що не розумію.

— Тому що вам, жінці, може бути важко почути про мої проблеми.

— Запевняю вас: тут я чула майже все, що можна почути.

— Розумієте, — запнувся Джейкоб, сором’язливо поглянувши на мене, — я маю сексуальну залежність.

Я кивнула головою й зручніше влаштувалася в кріслі.

— Продовжуйте…

Кожен пацієнт — немов невідкритий пакунок, непрочитаний роман, незвідана земля. Якось один пацієнт розповів мені, які відчуття викликає у нього скелелазіння. Коли він на стрімкому схилі, для нього не існує нічого, окрім безкінечної скелі та конкретного рішення щодо того, де розташувати кожен палець рук і ніг. Психотерапія не надто відрізняється від скелелазіння. Я цілковито занурююся в історію, в розповіді й перекази, а все інше зникає.

Я чула багато різновидів розповідей про страждання людей, однак історія Джейкоба мене шокувала. Найбільше занепокоєння викликало в мене те, що саме говорила ця історія про світ, у якому ми живемо — світ, який ми залишимо дітям.

Джейкоб почав саме з дитячих спогадів. Без ніякої преамбули. Фройд пишався б цим.

— Я вперше вдався до мастурбації, коли мені було два чи три роки, — сказав він.

Це був яскравий спогад для нього. Я бачила це по його обличчю.

— Я на Місяці, — продовжив він, — але це не справжній Місяць. Тут є людина, схожа на бога… й сексуальні відчуття, що я переживаю, не знайомі мені досі…

Я дійшла висновку, що Місяць означає щось на кшталт безодні, таке собі «ніде й скрізь водночас». Проте як щодо бога? Якось філософ Кент Даннінґтон дав мені таке пояснення власної віри: «Я визнаю, що моє бажання безкінечне».

Під час навчання у початковій школі Джейкоб був класичним мрійником: ґудзики не в порядку, крейда на руках і рукавах — той, хто перший, виглядає у вікно під час уроків, й останній, хто покидає клас після занять.

Коли Джейкобові виповнилося вісім років, він уже регулярно мастурбував. Деколи сам, іноді разом зі своїм найкращим другом. Тоді вони ще не знали, що таке сором. Однак після першого причастя Джейкоб усвідомив, що мастурбація — це «смертний гріх». Відтоді він мастурбував лише наодинці, щоп’ятниці відвідуючи католицького священника в місцевій церкві своєї родини, щоб сповідатися.

— Я мастурбую, — шепотів він крізь решітку сповідальні.

— Скільки разів? — запитував священник.

— Щодня.

Пауза.

— Більше цього не роби.

Джейкоб замовк і подивився на мене. Ми обмінялися посмішками розуміння. Якби такі прямі застереження вирішували проблему, я залишилася б без роботи.

Хлопчик Джейкоб був рішуче налаштований виконати цей наказ і бути «хорошим», тому стискав кулаки й не торкався до себе у тому місці. Однак його рішучість тривала лише два-три дні.

— Це був початок мого подвійного життя, — сказав він.

Термін «подвійне життя» відомий мені настільки ж добре, як термін «елевація сегмента ST» кардіологові, «четверта стадія» онкологові або «глікогемоглобін» ендокринологові. Цей термін указує на таємний інтерес залежних людей до наркотиків, алкоголю чи інших моделей поведінки, що прихований від стороннього, а часом навіть від їхнього власного погляду.

Протягом усього підліткового віку Джейкоб приходив зі школи, йшов на горище й мастурбував, дивлячись на малюнок давньогрецької богині Афродіти, який скопіював з підручника й сховав між дерев’яними дошками підлоги. Згодом він сприймав цей період життя як часи невинності.

У вісімнадцять років Джейкоб переїхав у велике місто до старшої сестри, щоб вивчати там фізику й інженерну справу. Майже цілий день сестра була на роботі, тому вперше в житті він надовго залишився на самоті. Йому було самотньо.

— Тож я вирішив змайструвати машину...

— Машину? — запитала я, вирівнюючи спину.

— Машину для мастурбації.

Мені стало ніяково.

— Зрозуміло. Як же вона працювала?

— Я під’єднав металевий прут до програвача, а інший його кінець до металевої спіральної пружини, яку обгорнув м’якою тканиною.

Джейкоб намалював схему, щоб показати мені.

— Я вставляв пеніс в обгорнуту тканиною пружину, — сказав він, вимовляючи слово «пеніс» так, ніби це два слова — «пен» (як письмове приладдя) та «несс» (як чудовисько озера Лох-Несс).

У мене виникло нестримне бажання засміятися, однак, трохи поміркувавши, я зрозуміла, що це бажання приховує дещо інше — страх. Я боялася того, що запропонувавши Джейкобові бути відвертим зі мною, не зможу йому допомогти.

— Коли диск програвача обертається, — сказав він, — пружина рухається туди-сюди. Я можу регулювати швидкість руху пружини, змінюючи швидкість програвача. У мене є три швидкості. Завдяки цьому я здатен безліч разів довести себе до межі збудження, не переходячи її. Також я дізнався, що не переступити межу допомагає паління, тож почав використовувати й цю хитрість.

Завдяки такому методу мікрокоригування Джейкоб мав змогу годинами перебувати на межі оргазму.

— Це спричиняє сильну залежність, — сказав він, кивнувши головою.

За допомогою своєї машини Джейкоб мастурбував безперервно по кілька годин у день. Задоволення, яке він отримував, було непереборним. Він присягався собі, що припинить. Він ховав машину для мастурбації у шафі або повністю розбирав її й викидав деталі. Однак за день-два знову діставав деталі з шафи чи смітника, збирав машину й укотре брався за старе.

Мабуть, Джейкобова машина для мастурбації викличе у вас огиду, як це було й зі мною, коли я вперше про неї почула. Можливо, ви сприймете цю машину як надмірне збочення, що виходить за рамки звичайного досвіду та майже не стосується вас і вашого життя.

Однак через подібне ставлення ми втратимо нагоду зрозуміти дещо надзвичайно важливе про наше з вами власне життя, адже у певному розумінні кожен з нас застосовує машини для мастурбації.

Приблизно у сорок років у мене виникла нездорова прихильність до любовних романів. «Сутінки», містичний роман про підлітків-вампірів, стали моїм «стартовим наркотиком».

Мені було досить ніяково, що я читаю цей роман, і я аж ніяк не була готова визнати, що він мене зачаровує.

Роман «Сутінки» виявився золотою серединою між історією кохання, трилером та фентезі і став для мене бездоганним способом утечі від реальності саме тоді, коли моє власне життя також перевалило за середину. І я була не одна. Мільйони жінок мого віку читали «Сутінки» й перетворювались на палких шанувальниць цього роману. У тому, що мене захопила книжка, не було нічого незвичайного: я читаю книжки все життя. Інакшим було те, що сталося далі. Те, що я не могла пояснити звичками чи життєвими обставинами.

Прочитавши «Сутінки», я почала жадібно поглинати всі вампірські романи, котрі могла роздобути, а потім перейшла до романів про перевертнів, фей, відьом, некромантів, мандрівників у часі, провидців, телепатів, повелителів вогню, ворожок, добувачів дорогоцінного каміння… Ну, ви розумієте. У якийсь момент одноманітні історії кохання перестали мене задовольняти, тож я почала шукати відтворення класичних фантазій у стилі «хлопець зустрів дівчину» з дедалі більшим графічним наповненням. Пам’ятаю, як мене вразило те, наскільки легко було знайти графічні зображення сексуальних сцен на поличках з творами художньої літератури у місцевій бібліотеці. Мене турбувало, що мої діти можуть побачити ці книжки. Адже найнепристойнішим твором у місцевій бібліотеці на Середньому Заході, де пройшло моє дитинство, була книжка «Ти там, Боже? Це я, Маргарет» (Are You There, God? It’s Me, Margaret).

Ситуація загострилася, коли за порадою технічно обізнанішої подруги Сьюзен я купила електронну читалку Kindle. Більше не потрібно було чекати доставки книжок з іншого філіалу бібліотеки чи ховати пікантні палітурки під медичними журналами, особливо коли поряд чоловік і діти. Тепер, зробивши лише два свайпи й один клік, я миттєво отримувала будь-яку книжку будь-коли і будь-де: у потягу, в літаку, в перукарні. Я могла легко видати роман «Лихоманка» (Darkfever) Карен Монінґ за «Злочин і кару» Достоєвського.

Словом, у мене почалася ланцюгова реакція щодо читання шаблонних еротичних романів. Закінчивши одну електронну книжку, я відразу ж переходила до іншої, читаючи замість спілкування, замість приготування їжі, замість сну й замість того, щоб приділяти увагу чоловікові та дітям. Хоч як соромно визнавати, але якось я навіть принесла Kindle із собою на роботу й читала у перервах між сеансами з пацієнтами.

Я шукала якомога дешевші, навіть безкоштовні книжки. Amazon, як і будь-який майстерний наркоторговець, добре знає цінність безкоштовних зразків. Час від часу я знаходила справді якісну книжку, котра чомусь виявлялася дешевою, однак у більшості випадків книжки були жахливі: шаблонні сюжетні прийоми, нудні персонажі та численні друкарські й граматичні помилки. Проте я все одно читала ці книжки, оскільки дедалі більше прагнула певних відчуттів. Як я їх отримаю — це мало дедалі менше значення.

Я хотіла насолодитися саме миттю наростання сексуальної напруги, яка спадає, коли герой та героїня займаються коханням. Мене вже не цікавив синтаксис, стиль, сцена чи персонаж. Мені потрібна була лише чергова доза, а ці книжки, написані за певною формулою, були призначені лише для того, щоб упіймати мене на гачок. Кожен розділ закінчувався на ноті напруженого очікування, а самі розділи мали привести до

кульмінації. Я починала швидко читати першу частину книжки, поки не діставалася до кульмінації, після чого не завдавала собі клопоту дочитувати книжку до кінця. На жаль, тепер мені відомо, що розгорнувши будь-який любовний роман приблизно на третій чверті, можна відразу дістатися до суті.

Десь через рік після появи одержимості любовними романами я усвідомила, що о другій годині ночі буднього дня читаю роман «П’ятдесят відтінків сірого». Я переконувала себе у тому, що це сучасна версія роману «Гордість та упередження» — поки не дісталася до сторінки, на якій ішлося про «анальні пробки». Саме тоді мені сяйнула думка, що до світанку читати про садомазохістські секс-іграшки — зовсім не те, як би я хотіла проводити свій час.

Здебільшого *залежність* визначають як тривале й компульсивне споживання речовини чи нав’язливу поведінку (азартні ігри, секс) попри згубні наслідки для себе й інших людей. Те, що трапилося зі мною, — дрібниця порівняно з життям людей, котрі мають непереборну залежність. Водночас мій досвід указує на загострення сучасної проблеми компульсивного надспоживання, що постає перед кожним, незважаючи на добробут і благополуччя нашого життя. У мене люблячий чоловік, чудові діти, змістовна робота, свобода, автономія й відносне багатство — ніяких травм, соціальних негараздів, бідності, безробіття чи інших чинників для виникнення залежності. Попри це, я продовжувала компульсивно поринати у світ фантазій.

**Темний бік капіталізму**

У 23 роки Джейкоб познайомився з дівчиною та одружився з нею. Вони переїхали у трикімнатну квартиру її батьків, де й мешкали разом. Джейкоб відмовився від своєї машини для мастурбації і сподівався, що назавжди. Вони з дружиною стали у чергу на отримання власної квартири, однак їм повідомили, що чекати доведеться 25 років. Це була типова ситуація для східноєвропейської країни, де вони жили.

Замість того щоб прирікати себе на десятки років співіснування з батьками, Джейкоб та його дружина вирішили заробити гроші, аби швидше придбати власне помешкання. Вони заснували бізнес з імпорту комп’ютерів з Тайваню, ставши частиною невпинно зростаючої тіньової економіки. Цей бізнес виявився успішним; невдовзі вони стали досить заможними людьми, за місцевими стандартами. У подружжя народилося двоє дітей, син і донька. Їхня життєва траєкторія, здавалося, підіймалася вгору, коли Джейкобові запропонували посаду науковця в Німеччині. Вони з дружиною охоче скористалися нагодою переїхати на Захід, продовжити Джейкобову кар’єру, а також забезпечити дітям можливості, котрі могла запропонувати лише Західна Німеччина. Цей переїзд насправді відкривав нові можливості, проте не всі вони були сприятливими.

— Щойно ми переїхали до Німеччини, я відкрив для себе порнографію, порнофільми, живі шоу. Містечко, де я мешкав, прославилось саме цим — і я не зміг устояти. Однак я намагався. Намагався протягом десяти років. Я був науковим співробітником, багато працював, але в 1995 році все змінилося.

— Що саме змінилося? — запитала я, вже знаючи відповідь.

— Інтернет. Мені виповнилося 42 роки і все було гаразд, однак після появи інтернету моє життя почало руйнуватися. Одного разу в 1999 році я жив у номері того самого готелю, у якому зупинявся раніше разів з п’ятдесят. Я брав участь у важливій конференції, де наступного дня мав виступати з великою доповіддю. Незважаючи на це, я цілу ніч дивився порно замість того, щоб готуватися до виступу. Я прийшов на конференцію невиспаний і без доповіді. Мій виступ був украй поганим. Я ледь не втратив роботу, — розповідав Джейкоб. Він потупив погляд і захитав головою, згадуючи про це.

— Після цього я створив новий ритуал, — сказав він. — Заходячи в номер готелю, я щоразу розклеював повсюди (на дзеркалі у ванній, на телевізорі, на пульті дистанційного керування) папірці для нотаток з надписом «Не роби цього». Я не витримав жодного дня.

Насправді номери готелів дуже схожі на сучасні камери Скіннера: ліжко, телевізор та міні-бар. Залишається лише натискати на кнопку, щоб отримати наркотик.

Джейкоб знову мовчки потупив погляд. Я дала йому трохи часу.

— Саме тоді я вперше подумав про самогубство. Мені здавалося, що світ не сумуватиме за мною, а може, навіть стане кращим без мене. Я вийшов на балкон і подивився вниз. Чотири поверхи — цього було б достатньо.

Один з найбільших чинників ризику потрапити в залежність від будь-якого наркотику — легкий доступ до нього. Якщо наркотик легко дістати, це збільшує ймовірність того, що ми його спробуємо. Спробувавши наркотик, ми з більшою ймовірністю потрапимо в залежність від нього.

Епідемія опіоїдів, що розгорнулася у Сполучених Штатах Америки, є трагічним і переконливим прикладом цього(2). У 1999–2012 роках кількість призначень опіоїдів, на кшталт оксиконтину, вікодину та дюрогезику (фентанілу), зросла у США в 4 рази. У поєднанні з широким розповсюдженням подібних препаратів по всіх куточках Америки це призвело до підвищення рівня залежності від опіоїдів та пов’язаної з цим смертності. 1 листопада 2019 року робоча група, створена Асоціацією шкіл і програм громадської охорони здоров’я (Association of Schools and Programs in Public Health, ASPPH), оприлюднила доповідь з таким висновком: «Величезне збільшення пропозиції потужних (сильнодійних та тривалих) рецептурних опіоїдів призвело до значного зростання рівня залежності від таких препаратів, а також до переходу на заборонені опіоїди, зокрема фентаніл та його аналоги, що згодом спричинило істотне підвищення випадків передозувань»(3). Крім того, у цій доповіді стверджувалося, що розлад вживання опіоїдів «виникає внаслідок багаторазового впливу опіоїдних препаратів».

Таким чином, зменшення пропозиції адиктивних речовин послаблює вплив та знижує ризик розвитку залежності й супутньої шкоди. Природним експериментом, що перевірив й довів цю гіпотезу в минулому столітті, став так званий сухий закон — загальнодержавна конституційна заборона виробництва, імпорту, транспортування та продажу алкогольних напоїв у Сполучених Штатах Америки, що діяла у 1920–1933 роках.

Сухий закон призвів до різкого зменшення кількості американців, котрі споживали алкоголь і потрапляли в залежність від нього(4). Він мав непередбачені наслідки, наприклад, створення великого чорного ринку, що діяв під наглядом кримінальних

банд(5). Однак позитивний вплив сухого закону на споживання алкоголю та пов’язану з цим смертність значно недооцінюють. За цей період рівень пияцтва у громадських місцях та спричинених алкоголем захворювань печінки знизився наполовину, до того ж за умови відсутності нових засобів лікування цієї залежності. Наслідки сухого закону тривали до 1950-х. Протягом наступних 30 років алкоголь знову став доступнішим і його споживання неухильно зростало. В 1990-х частка американців, котрі вживали алкоголь, збільшилася майже на 50 %, а рівень ризикованого споживання алкоголю підвищився на 15 %. У 2002–2013 роках рівень діагностованої алкогольної залежності зріс на 50 % серед людей похилого віку (понад 65 років) і на 84 % серед жінок — у двох демографічних групах, які в минулому були відносно захищені від цієї проблеми(6).

Звісно, розширений доступ не єдиний чинник ризику виникнення залежності. Останній зростає при наявності залежності в одного з біологічних батьків чи дідів та бабусь, навіть якщо ви виросли не поряд із залежними людьми. Чинником ризику є також психічне захворювання, хоча цей взаємозв’язок не до кінця зрозумілий: чи психічне захворювання призводить до вживання наркотиків, чи вживання наркотиків спричиняє або виявляє психічну хворобу, чи, можливо, існує проміжний варіант(7). Психічна травма, соціальні потрясіння та бідність — усе це збільшує ризик розвитку залежності, оскільки наркотики стають засобом подолання труднощів, а епігенетичні зміни (спадкові зміни ланцюжків ДНК за межами успадкованих пар основ ДНК) впливають на експресію генів.

Сучасна ситуація відрізняється тим, що збільшується кількість людей із слабкою залежністю, зокрема тих, у кого майже немає чинників ризику, крім легкого доступу. Пропозиція створила попит, позаяк усі ми потрапляємо у вихор компульсивного надспоживання. Наша дофамінова економіка, або те, що історик Девід Кортрайт назвав «лімбічним капіталізмом», стимулює такі зміни за сприяння трансформаційних технологій, котрі не лише збільшили доступ до наркотиків, а й підвищили їхню дієвість(8).

Устаткування для скручування цигарок, винайдене у 1880 році, дало змогу перейти від скручування 4 цигарок за хвилину до приголомшливих 20 тисяч цигарок(9). Зараз у світі щороку продається 6,5 трильйона цигарок, тобто курці споживають 18 мільярдів цигарок за день, що, за деякими підрахунками, призводить до смерті 6 мільйонів людей.

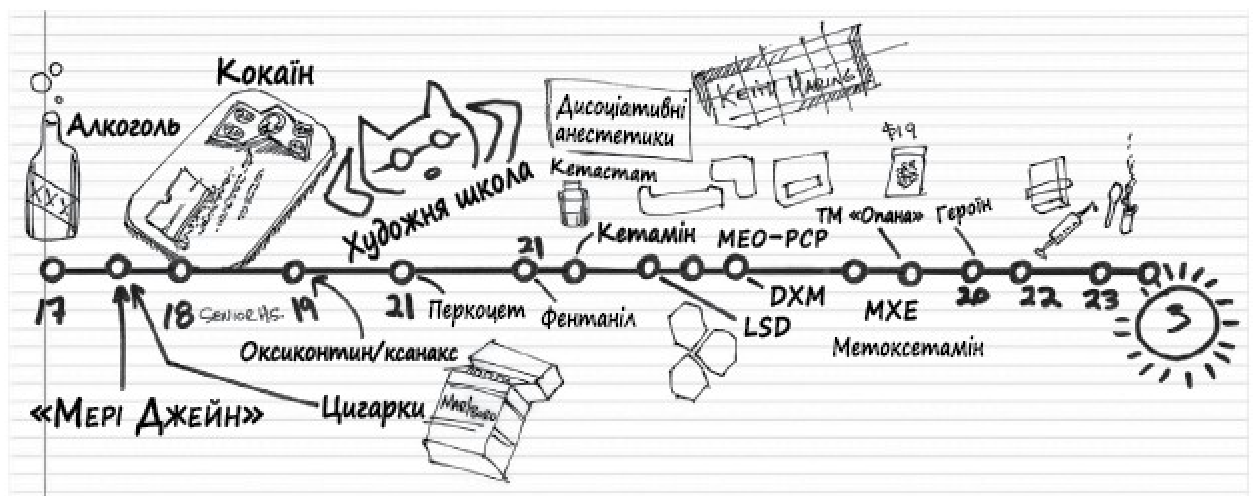
У 1805 році німець Фрідріх Сертюрнер, який працював тоді помічником фармацевта, відкрив знеболювальний морфін — опіоїдний алкалоїд, у 10 разів сильніший за його попередника, опіум. У 1853 році шотландський лікар Александр Вуд винайшов шприц для підшкірних ін’єкцій. Обидва ці винаходи сприяли тому, що в кінці XIX століття у медичних журналах з’явилися сотні повідомлень про випадки ятрогенної (ініційованої лікарями) залежності від морфіну(10). Намагаючись знайти замість морфіну опіоїдне знеболювальне, що спричиняло б меншу залежність, фармацевти відкрили абсолютно нову сполуку, котру назвали *heroisch* (у перекладі з німецької мови це слово означає «хоробрий») — героїн. На початку XX століття героїн, котрий виявився у 2–5 разів сильнішим за морфін, відкрив шлях до наркоманії. Сьогодні сильнодійні опіоїди фармацевтичного класу, як-от оксикодон, гідрокодон і гідроморфон, доступні у всіх можливих формах: пігулки, ін’єкції, пластир, назальний спрей. У 2014 році один пацієнт середнього віку зайшов до мого кабінету, розсмоктуючи яскраво-червоний льодяник з фентанілом. Синтетичний опіоїд фентаніл у 5–100 разів сильніший, ніж морфін.

Окрім опіоїдів, інші наркотичні препарати зараз також значно сильніші, ніж у минулому. Електронні цигарки (вишукані, непомітні, позбавлені запаху, перезарядні системи доставки нікотину) спричиняють підвищення рівня нікотину в крові за коротший період споживання, ніж звичайні цигарки. До того ж вони мають багато смаків, призначених для того, щоб приваблювати підлітків. Сучасний канабіс у 5–10 разів сильніший за канабіс 1960-х. Він продається у вигляді печива, тістечок, брауні, мармеладних ведмедиків, лохини, тартів, лікувальних льодяників, олій, ароматизаторів, настоянок, чаїв — цей список безкінечний.

Технологи маніпулюють навіть їжею. Після Першої світової війни автоматизація виробництва чипсів та картоплі фрі призвела до створення картопляних чипсів у пакетах(11). У 2014 році американець в середньому споживав 50,9 кілограма картоплі, з яких 15,3 кілограма припадало на свіжу картоплю, а ще 35,6 кілограма — це перероблена картопля. Додавання величезної кількості цукру, солі й жиру, а також безлічі штучних смаків — обов’язкова умова задоволення сучасної пристрасті до таких речей, як морозиво із французьким тостом або тайський томатно-кокосовий суп(12).

Зважаючи на розширення доступу до різних препаратів та підвищення їхньої дієвості, поліфармація (вживання декількох препаратів одночасно або безпосередньо один за одним) стала нормою. Моєму пацієнтові Максу було легше намалювати часову лінію вживання наркотиків, ніж пояснити її мені. Як ви бачите на малюнку, він почав у 17 років з алкоголю, цигарок та канабісу («Мері Джейн»). У 18 років він нюхав кокаїн. Коли Максові виповнилося 19 років, він перейшов на оксиконтин і ксанакс. У 20–30 років він вживав перкоцет, фентаніл, кетамін, діетиламід лізергінової кислоти (LSD), фенілциклідин (PCP), декстрометорфан (DXM) та метоксетамін (MXE).

Зрештою він почав вживати оксиморфон (торговельна марка «Опана») — опіоїд фармацевтичного класу, після чого настала черга героїну, який він вживав, поки не звернувся до мене у 30 років. Загалом Макс випробував на собі дію 14 різних наркотиків менш ніж за десять років.




Сучасний світ пропонує повний набір цифрових наркотиків, яких не існувало в минулому, а якщо й існували, то тепер вони функціонують на цифрових платформах, котрі значно збільшили їхню дієвість та доступність. До таких наркотиків належить інтернет-порнографія, азартні ігри, відеоігри тощо. До того ж залежність спричиняють

самі технології з їхніми миготливими вогниками, музичними фанфарами, бездонними чашами та обіцянкою постійного отримання якомога більших винагород. Наприклад, моє просування від порівняно скромних вампірських романів до соціально прийнятної порнографії для жінок можна також пов’язати з появою електронних книг.

Наркотиком став навіть сам акт споживання. Мій пацієнт Чі (емігрант з В’єтнаму) пристрастився до постійного пошуку й купівлі товарів в інтернеті. Піднесений стан починався у Чі, коли той вирішував, що саме хоче придбати, продовжувався під час очікування доставки й досягав найвищої точки тоді, коли він відкривав пакунок. На жаль, такий стан тривав зовсім недовго й закінчувався одразу після того, як Чі розрізав стрічку Amazon й роздивлявся те, що було в пакунку. Кімнати його помешкання були вщент заповнені дешевими товарами. Він заборгував десятки тисяч доларів, проте не міг зупинитися. Для того щоб підтримувати цей цикл відчуттів, він почав замовляти ще дешевші товари (ланцюжки для ключів, кухлі, пластикові сонцезахисні окуляри) і повертати їх відразу ж після отримання.

**Інтернет і соціальне зараження**

Того дня в готелі Джейкоб вирішив не вкорочувати собі віку. Наступного тижня у його дружини виявили рак мозку. Вони повернулися на батьківщину й провели там три роки, протягом яких Джейкоб доглядав дружину, поки вона не померла.

У 2001 році, коли Джейкобові виповнилося 49 років, він відновив зв’язок зі своєю шкільною подругою і одружився з нею.

— Я розповів їй про свою проблему, перш ніж ми одружилися. Проте, можливо, я дещо применшував.

Джейкоб та його нова дружина разом купили будинок у Сієтлі. Він їздив на роботу в Кремнієву долину, де працював науковим співробітником. Що більше часу він проводив на відстані від дружини, то частіше повертався до старих звичок на кшталт перегляду порнографії та компульсивної мастурбації.

— Я ніколи не дивлюся порнографію, коли ми разом. Але коли я тут, у Кремнієвій долині, або коли подорожую й дружини немає поруч, я цим займаюся.

Джейкоб замовк. Було помітно, що йому важко розповідати далі.

— Іноді, коли я мав справу з електрикою на роботі, я відчував щось у руках. Мені стало цікаво. Я замислився про те, які виникнуть відчуття, якщо прикласти струм до пеніса. Тож я почав досліджувати це питання в інтернеті й знайшов цілу спільноту людей, котрі використовують електростимуляцію.

Я приєднав електроди й дроти до стереосистеми. Спробував застосувати змінний струм, скориставшись напругою стереосистеми. Замість звичайного дроту під’єднав електроди, виготовлені із замоченої у солоній воді бавовни. Що вища гучність звуку, то сильніший струм. За низької гучності не відчувається нічого. Коли гучність зростає, стає боляче. Десь посередині, під впливом цих відчуттів, я можу відчувати оргазм.

У мене мимоволі округлились очі. Я нічого не могла з цим подіяти.

— Однак це дуже небезпечно, — продовжив Джейкоб. — Я розумію, що у разі збою електропостачання може статися стрибок напруги, через який я можу постраждати. Люди гинули, роблячи подібне. У мережі я дізнався, що можу придбати медичний пристрій на зразок... як ви їх називаєте, машини для подолання болю...

— Прилад TENS?

— Так, прилад TENS за 600 доларів, або ж його можна зробити самостійно за 20 доларів. Я вирішив змайструвати прилад сам. Купив матеріали й сконструював цю машину. Вона працює, до того ж працює добре, — він зробив паузу. — Але згодом я зробив справжнє відкриття. Я можу запрограмувати цей прилад. Я можу створити спеціальні програми й синхронізувати музику з відчуттями.

— Які саме програми?

— Онанізм, мінет... Що завгодно. А потім я з’ясував, що існують не лише мої програми. Я зміг завантажити з інтернету програми інших людей, а також поділився своїми. Дехто пише програми, синхронізовані з порновідео, тож ви відчуваєте те, що бачите. Усе це наче віртуальна реальність. Задоволення виникає не лише внаслідок відчуттів, а й від майстрування самої машини, від передчуття того, що вона буде робити, від експериментування зі способами її вдосконалення, а також від можливості поділитися цим з іншими.

Згадуючи це, Джейкоб посміхнувся, але його обличчя витягнулося в очікуванні того, про що він збирався розповісти далі. Я зрозуміла, що вивчаючи мене, він оцінював, чи зможу я це сприйняти. Я опанувала себе й кивнула головою, подавши знак продовжувати.

— Ситуація погіршується. Існують чати, де можна подивитися, як люди задовольняють себе, у прямому ефірі. Дивитися можна безкоштовно, але є можливість придбати жетони. Я дарую такі жетони за хороше виконання. Я знімаю себе й викладаю відео в інтернет. Лише мої статеві органи, більше нічого. Коли незнайомі люди спостерігають за тобою, спочатку це збуджує. Але, крім того, я почуваюся винним, бо перегляд подібного відео дає змогу іншим уявити цей процес і вони також можуть потрапити у залежність.

У 2018 році я була медичним свідком у справі чоловіка, який насмерть збив вантажівкою двох підлітків. Цей чоловік керував вантажівкою під впливом наркотиків. У межах судового процесу я спілкувалася з детективом Вінсом Дутто, головним слідчим у кримінальних справах округу Плейсер (штат Каліфорнія), де й власне проходив судовий процес. Зацікавившись роботою цього слідчого, я запитала його про те, які зміни він помітив за останні 20 років. Дутто розповів мені про трагічний випадок, коли шестирічний хлопчик зґвалтував свого чотирирічного брата.

«Зазвичай ми отримуємо подібні виклики, — сказав він, — коли дорослий, з яким контактує дитина, вчиняє над нею сексуальне насильство, після чого дитина відтворює це на іншій дитині, скажімо, на молодшому братові. Однак завдяки ретельному розслідуванню ми дійшли висновку про відсутність будь-яких доказів того, що старший

брат зазнавав насильства. Його батьки були розлучені й багато працювали, тому діти, як то кажуть, росли самі, проте ніякого активного сексуального насильства у їхньому житті не було.

У цій справі зрештою виявилося, що старший брат часто дивився мультфільми в інтернеті й натрапив на японське аніме, що демонструвало всі види статевих актів. Хлопчик мав власний iPad, і ніхто не стежив за тим, що він робить. Тож переглянувши кілька таких аніме, він вирішив спробувати це на своєму братові. Мушу сказати, що за більш як 20 років роботи у поліції я ніколи не бачив нічого подібного».

Інтернет сприяє компульсивному надспоживанню, не лише забезпечуючи розширений доступ до старих та нових наркотиків, а й заохочуючи поведінку, котра інакше навіть не спала б на думку. Відео не просто є «вірусним», після появи мемів воно стає буквально заразним. Люди — соціальні тварини. Коли ми бачимо в інтернеті, що інші поводяться певним чином, то подібна поведінка сприймається нами як «нормальна», оскільки так чинять інші люди. Твіттер (від англійського слова *tweet* — «цвірінькати, щебетати») — дуже влучна назва для платформи з обміну повідомленнями у соцмережах, яку полюбляють експерти й президенти. Адже ми дійсно нагадуємо зграю птахів. Щойно один розгортає крила, щоб злетіти, як уся зграя здіймається у повітря.

Джейкоб дивився на свої руки. Він був не в змозі глянути мені у вічі.

— А потім я познайомився в чаті з однією пані. Вона любила домінувати над чоловіками. Я розповів їй про своє електричне приладдя, а потім дав можливість керувати ним на відстані, регулюючи частоту, гучність, структуру імпульсів. Цій жінці подобалося доводити мене до межі, не дозволяючи мені переходити її. Вона робила це з десяток разів, а інші спостерігали й коментували те, що відбувалося. У нас із цією жінкою сформувалися дружні стосунки. Вона ніколи не хотіла показувати обличчя. Проте одного разу я випадково побачив її, коли камера на мить упала.

— Скільки їй було років? — запитала я.

— Думаю, десь за 40.

Я хотіла запитати, який вигляд мала ця жінка, але відчула, що мною керує лише хтива цікавість, а не терапевтичні потреби пацієнта, тож утрималася.

Джейкоб продовжив.

— Моя дружина дізналася про все це й сказала, що покине мене. Я пообіцяв припинити. Сказав онлайновій подрузі, що кидаю. Вона дуже розгнівалася. Дружина також розлютилася. Тоді я себе зненавидів. Деякий час я цього не робив. Може, десь з місяць. А потім почав знову. Лише я і моя машина, ніяких чатів. Я брехав дружині, проте вона все-таки з’ясувала правду. Психотерапевт сказав їй, щоб вона покинула мене. Тож моя дружина пішла від мене. Переїхала у наш будинок у Сієтлі. Тепер я живу сам.

Похитавши головою, Джейкоб сказав:

— Ніколи не буває так добре, як я собі уявляю. Реальність завжди слабша. Я говорю собі, що більше ніколи не буду цього робити, ламаю машину й викидаю її геть. Однак наступного ранку о четвертій годині дістаю її зі смітника й збираю знову.

Джейкоб подивився на мене благальним поглядом.

— Я хочу припинити. Хочу. Я не хочу померти, маючи залежність.

Я не знала, що сказати. Уявила собі Джейкоба, який з'єднаний геніталіями через інтернет із цілою кімнатою незнайомців. Мене переповнював жах, жалість, а також туманне й тривожне відчуття, що це могло б статися й зі мною.

Як і Джейкоб, усі ми ризикуємо залоскотати себе до смерті.

У світі 70 % смертей мають поведінкові чинники ризику, які можна змінити, наприклад, тютюнопаління, харчування й відсутність фізичної активності. Головні чинники ризику смертності у світі — це високий кров'яний тиск (13 %), вживання тютюну (9 %), високий рівень цукру в крові (6 %), відсутність фізичної активності (6 %) та ожиріння (5 %)(13). За деякими підрахунками, у 2013 році надмірну вагу мали 2,1 мільярда дорослих, на відміну від 857 мільйонів у 1980 році. Зараз у світі людей з ожирінням більше, ніж людей з надмірною вагою, за винятком країн Азії та Африки на південь від Сахари(14).

Кількість людей, котрі потрапляють у залежність, зростає в усьому світі. Тягар захворювань, спричинених алкогольною залежністю і залежністю від заборонених наркотиків, становить 1,5 % у світі й більш як 5 % у Сполучених Штатах Америки. Ці дані не враховують споживання тютюну. Який саме наркотик обирають люди, залежить від країни. У США найпопулярнішими є заборонені наркотики, в Росії та країнах Східної Європи поширений алкоголізм. У 1990–2017 роках рівень смертності від залежності зріс у всіх вікових групах, до того ж понад половина випадків смертей припадає на людей, молодших за 50 років(15).

Бідні й малоосвічені люди, особливо у багатих країнах, є найбільш сприйнятливим прошарком для проблеми компульсивного надспоживання. Вони мають вільний доступ до дуже сильних, новітніх наркотиків, що забезпечують високий рівень позитивного підкріплення, й водночас не мають можливості отримати гідну роботу, безпечне житло, якісну освіту, доступне медичне обслуговування та расову й класову рівність перед законом. Це створює небезпечний ланцюг подій, що можуть призвести до розвитку залежності. Економісти Прінстонського університету Енн Кейс та Анґус Дітон продемонстрували, що світлошкірі американці середнього віку без вищої освіти помирають молодшими, ніж їхні батьки, діди й бабусі, прадіди й прабабусі. Три найпоширеніші причини смерті у цій групі — передозування наркотиками, спричинені споживанням алкоголю захворювання печінки й самогубство. Кейс і Дітон влучно назвали це явище «смертю від розпачу»(16).

Ризик компульсивного надспоживання означає смерть і загибель не лише нас самих, а й нашої планети. Запас природних ресурсів Землі швидко вичерпується(17). Згідно з підрахунками економістів, у 2040 році природний капітал світу (землі, ліси, рибні ресурси, паливо) скоротиться на 21 % у країнах з високим рівнем доходів і на 17 % у

бідніших країнах порівняно із сучасними показниками. При цьому викиди вуглецю зростуть на 7 % у країнах з високим рівнем доходів і на 44 % у решті країн світу. Ми пожираємо самі себе.

## 2. Утеча від болю

Я познайомилася з Девідом у 2018 році. Він мав цілком непримітну зовнішність: білошкірий, середньої статури, з каштановим волоссям. Девід був невпевненим у собі, через що виглядав молодше, ніж на 35 років, зазначених у медичній карті. Я впіймала себе на думці: «Цей довго не протримається. Прийде в клініку один чи два рази — і більше я його ніколи не побачу».

У мене були пацієнти, стосовно яких я була просто переконана, що зможу їм допомогти, але вони виявилися непіддатливими. Водночас деякі пацієнти, котрих я вважала безнадійними, продемонстрували надзвичайну стійкість. Я зрозуміла, що не можу покладатися на власні прогнози. Саме тому, приймаючи нових пацієнтів, я намагаюся заглушити сумніви і пам’ятати про те, що кожен має шанс на зцілення.

— Розкажіть, що привело вас сюди, — сказала я.

Девідові проблеми почалися у коледжі, а саме у той день, коли він зайшов до студентського кабінету психічного здоров’я. Девід був студентом другого курсу в містечку на півночі штату Нью-Йорк і потребував допомоги у подоланні тривожності та низьких результатів навчання. Тривога виникала у Девіда під час взаємодії з незнайомцями чи з людьми, яких він не дуже добре знав. У нього червоніло обличчя, груди й спина вкривалися потом, а думки в голові плуталися. Девід уникав занять, під час яких йому потрібно було б виступати перед іншими. Він двічі пропустив обов’язковий семінар з ораторського мистецтва й комунікації, а згодом виконав цю вимогу, прослухавши такий курс у муніципальному коледжі.

— Чого ви боялися? — запитала я.

— Я боявся зазнати невдачі. Боявся, що всі подумають, ніби я нічого не знаю. Боявся звернутися по допомогу.

Після 45 хвилин бесіди та письмового тесту, який Девід виконав менш ніж за 5 хвилин, йому встановили діагноз «розлад із дефіцитом уваги та генералізований тривожний розлад». Психолог, котрий проводив тест, порадив йому звернутися до психіатра за призначенням транквілізатора і «стимулятора від розладу з дефіцитом уваги». Девідові не запропонували психотерапії чи іншого способу немедикаментозної модифікації поведінки.

Девід пішов до психіатра, який призначив селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну паксил, для лікування депресії й тривожності, а також стимулятор адерал від розладу з дефіцитом уваги.

— Тож як це вплинуло на тебе? Я маю на увазі ліки.

— Спочатку паксил допомагав боротися з тривогою. У мене припинилося сильне потовиділення, однак це було не лікування. Усе закінчилося тим, що я змінив курс комп’ютерної інженерії на курс теорії обчислювальних машин та систем, гадаючи, що це допоможе. Цей курс вимагав менше спілкування. Проте я не міг відверто висловитися й сказати, що я чогось не знаю, тому не склав іспит. Потім я провалив наступний іспит. А далі призупинив навчання на один семестр, щоб згодом здобути хороший середній бал. Зрештою я взагалі покинув навчання на інженерному факультеті, що було справді кепсько, оскільки це було саме те, що я любив і чим хотів займатися. Я почав вивчати історію. Групи були менші, всього по 20 осіб, тому я мав змогу менше спілкуватися. У мене була можливість брати екзаменаційні питання додому й готуватися до іспитів на самоті.

— А як щодо адералу? — запитала я.

— Спочатку я приймав по 10 міліграмів уранці перед заняттями. Це допомагало мені досягти глибокої зосередженості. Проте, озираючись назад, я розумію, що у мене просто були погані навчальні звички. Адерал допомагав мені приховувати це, але водночас давав мені змогу зволікати. Якщо мені потрібно було здати тест із предмета, якого я не вивчав, я цілодобово приймав адерал, щоб день і ніч зубрити матеріал перед іспитом. Дійшло до того, що я геть не міг без нього вчитися. Моя потреба в адералі неухильно зростала.

Мені було цікаво дізнатися, наскільки складно було Девідові придбати додаткові пігулки.

— Чи важко вам було діставати ліки? — запитала я його.

— Не зовсім, — відповів він. — Я завжди знав, коли потрібно поповнювати запас. І телефонував психіатрові за кілька днів до цього. Не за місяць, а за один чи два дні, щоб не викликати підозри. Насправді ліки закінчувалися у мене днів за десять, але якщо я телефонував за кілька днів до того, мені виписували новий рецепт. А ще я дізнався, що краще розмовляти з помічниками лікаря. Вони частіше виписували нові рецепти, не ставлячи надто багато запитань. Іноді я вигадував виправдання, наприклад, що виникли проблеми з доставкою ліків поштою. Проте здебільшого мені не доводилося цього робити.

— Схоже на те, що насправді ліки не дуже допомагали.

Девід трохи помовчав.

— Урешті-решт усе звелося до заспокоєння. Було легше прийняти пігулку, аніж відчувати біль.

У 2016 році я проводила презентацію з проблем алкоголю й наркотиків перед викладачами й співробітниками студентської клініки психічного здоров’я Стенфордського університету. Востаннє я була в тій частині університетського містечка

декілька місяців перед цим. Я приїхала рано й, очікуючи у вестибюлі контактну особу, звернула увагу на розкладку брошур, котрі можна було взяти із собою.

Усього було чотири брошури, й у назві кожної з них ішлося про щастя: «Бути щасливим — це звичка», «Сон — це ваш шлях до щастя», «Щастя вже близько» та «Як досягти щастя за 7 днів». Брошури містили рецепти для досягнення щастя: «Складіть перелік з 50 речей, що роблять вас щасливими», «Подивіться на себе у дзеркало й запишіть у щоденник те, що вам у собі подобається», «Створіть потік позитивних емоцій».

А ось найпоказовіший рецепт: «Оберіть оптимальний час і стратегії досягнення щастя. Усвідомлено вирішуйте, коли та як часто застосовувати ці стратегії. Щодо добрих справ у вашому житті поекспериментуйте із собою, аби з’ясувати, що є найкращим саме для вас: робити багато добрих справ за один день чи одну добру справу щодня».

Ці брошури добре ілюструють, як прагнення до особистого щастя стало сучасною максимою, витіснивши інші визначення «хорошого життя». Навіть вияви доброти до інших людей подаються як стратегія досягнення особистого щастя. Альтруїзм, котрий більше не є самодостатнім благом, став засобом досягнення власного «добробуту». Психолог і філософ XX століття Філіпп Ріфф передбачив подібну тенденцію у книжці «Тріумф психотерапії: використання віри після Фройда» (The Triumph of the Therapeutic: The Uses of Faith after Freud): «Релігійна людина з’явилася на світ для того, щоб її врятували, психологічна людина — щоб її задовольняли»(18).

Ідеї, які закликають нас до пошуків щастя, не обмежуються лише психологією. Сучасна релігія також пропагує теологічну систему самосвідомості, самовираження й самореалізації як найвище благо. У книжці «Погана релігія» (Bad Religion) письменник та релігієзнавець Росс Дута говорить про те, що теологічний принцип Нової доби «Бог усередині» — це «віра, що із самого початку стала космополітичною й приносить розраду, обіцяючи всі найекзотичніші задоволення ... без будь-якого болю ... містичний пантеїзм, у якому Бог — це швидше відчуття, а не людина...(19) Просто вражає, як мало моральних повчань міститься на сторінках книжок на тему «Бог усередині». Можна побачити безліч закликів до співчуття й доброти, але дуже мало настанов для людей, у яких виникають справжні дилеми. Єдина настанова найчастіше зводиться ось до чого: якщо отримуєш від чогось задоволення — роби це».

Наступного пацієнта, 19-річного Кайла, прислали до мене його батьки у 2018 році. Їх турбувало те, що він не ходить на заняття, не може втриматися на роботі й не виконує домашні правила. Батьки Кайла були недосконалими, як і більшість із нас, однак вони робили все можливе, щоб допомогти йому. Їх непокоїло те, що висуваючи вимоги до сина, вони можуть «довести його до нервового виснаження» або «травмувати».

Сприймати дітей як психологічно слабких істот — це, по суті, сучасна концепція. У давні часи дітей вважали маленькими дорослими, повністю сформованими від самого народження. Народи західної цивілізації здебільшого сприймали дітей як вроджене зло. Завдання батьків і піклувальників полягало в тому, щоб вимагати від дітей суворого дотримання дисципліни й навчити їх жити у цьому світі. Було цілком прийнятно застосовувати тілесні покарання й тактику залякування, аби примусити дитину поводитися добре. Проте все змінилося.

Більшість сучасних батьків, з якими я зустрічаюся, страшенно бояться зробити чи сказати те, що завдасть їхнім дітям емоційної шкоди, в результаті прирікаючи їх на душевні страждання і навіть психічні хвороби у подальшому житті. Це уявлення можна відстежити ще у Фройда, новаторський внесок у психоаналіз якого полягав у тому, що переживання раннього дитинства (навіть давно забуті чи неусвідомлені) можуть заподіяти тривалу психологічну шкоду. На жаль, ідея Фройда стосовно того, що рання дитяча травма може позначитися на психопатології дорослого, переросла в переконаність у тому, що будь-які важкі переживання прирікають нас на канапу психотерапевта.

Ми намагаємося ізолювати дітей від будь-якого негативного психологічного досвіду не лише вдома, а й у навчальних закладах. На рівні початкової школи кожна дитина отримує якийсь еквівалент нагороди «Зірка тижня» — не за певні досягнення, а за алфавітом. Дітей учать остерігатися хуліганів, аби вони не стали сторонніми спостерігачами, замість того щоб брати активну участь у грі. На університетському рівні викладачі й студенти обговорюють тригери й безпечний простір.

Той факт, що виховання й навчання враховують психологію розвитку й суб’єктивні страждання — це, безперечно, позитивна еволюція. Ми маємо визнати цінність кожної людини незалежно від досягнень, припинити фізичну й емоційну жорстокість у школі та інших місцях, а також створити безпечний простір для роздумів, навчання й дискусій.

Однак мене непокоїть те, що ми зробили дитинство надмірно впорядкованим і занадто патологізували його, виховуючи дітей немов в ізоляторі, де вони не мають можливості завдати собі шкоди, проте й не можуть підготуватися до життя у зовнішньому світі. Невже, захищаючи дітей від несприятливих обставин, ми змусили їх смертельно боятися труднощів? А може, ми зробили дітей менш терпимими, самовпевненішими й несвідомими щодо власних вад характеру, підвищуючи їхню самооцінку за допомогою неправдивих вихвалянь і відсутності розуміння реальних наслідків? Невже, задовольняючи всі дитячі бажання, ми посприяли виникненню нової доби гедонізму?

Під час одного із сеансів Кайл поділився зі мною своєю життєвою філософією. Мушу визнати, мене охопив жах.

— Я роблю усе, що захочу й коли захочу. Якщо у мене є бажання лежати у ліжку — лежу в ліжку. Якщо хочу пограти у відеоігри — граю у відеоігри. Забажавши понюхати кокаїн, пишу повідомлення наркодилерові, він привозить мені його, і я нюхаю кокаїн. Якщо у мене виникає бажання зайнятися сексом, я заходжу в інтернет, знаходжу когось і зустрічаюся, щоб зайнятися сексом.

— Тож яку користь це тобі приносить, Кайле? — запитала я.

— Майже ніякої.

На якусь мить він нібито засоромився.

Протягом останніх 30 років я зустрічаю дедалі більше пацієнтів на кшталт Девіда й Кайла, які, судячи з усього, мають переваги у житті (родину, котра завжди готова підтримати, якісну освіту, фінансову стабільність, міцне здоров’я), але при цьому у них

розвивається руйнівна тривожність, депресія й фізичний біль. Подібні люди не лише не використовують свій потенціал на повну, а й ледве здатні вранці підвестися з ліжка.

Медична практика також змінилася під впливом нашого прагнення до світу без болю. До початку XX століття лікарі вважали, що певний рівень болю корисний для здоров’я(20). Провідні хірурги XIX століття неохоче застосовували загальну анестезію під час хірургічних операцій, оскільки були переконані в тому, що біль посилює реакцію імунної й серцево-судинної систем, а також прискорює процес одужання. У мене немає свідчень щодо здатності болю прискорювати відновлення тканин, проте з’являється дедалі більше вагомих доказів того, що приймання опіоїдів під час хірургічного втручання сповільнює цей процес(21).

Відомий лікар XVII століття Томас Сиденгам сказав про біль таке: «Я бачу, що всі ... зусилля спрямовані на те, аби подолати надзвичайно небезпечний біль та запалення... Хоча безперечним є те, що помірний ступінь болю й запалення у надзвичайних випадках виступає інструментом, котрий природа застосовує якнаймудріше»(22).

Сучасні лікарі зобов’язані повністю вгамовувати біль, бо інакше вони не справлятимуть враження співчутливих цілителів. Біль у будь-якій формі вважається небезпечним, і не лише тому, що дошкуляє, а й тому, що збуджує мозок, готуючи його до майбутнього болю й залишаючи неврологічну рану, яка ніколи не загоїться.

Така зміна парадигми щодо болю знайшла свій прояв у масовому призначенні заспокійливих ліків(23). Сьогодні більш як кожен четвертий дорослий (а також більш як кожна двадцята дитина) у США щоденно приймає певний психіатричний препарат(24).

Вживання антидепресантів на зразок паксилу, прозаку й селекси зростає в усіх країнах світу, а очолюють цей список Сполучені Штати(25). Антидепресанти приймає кожен десятий американець; далі йде Ісландія та Австралія (106 осіб на 1000 населення), Канада (86 осіб), Данія (85 осіб), Швеція (79 осіб) і Португалія (78 осіб). Серед 25 країн Корея посіла останнє місце (13 осіб на 1000 населення). У Німеччині вживання антидепресантів збільшилось на 46 % лише за 4 роки, а в Іспанії та Португалії — на 20 % протягом цього ж періоду. Дані про вживання антидепресантів в інших країнах Азії (зокрема в Китаї) відсутні, однак ми можемо зробити висновок про зростання цього показника, проаналізувавши тенденції продажів. У Китаї обсяг продажів антидепресантів досяг 2,61 мільярда доларів у 2011 році, що на 19,5 % більше порівняно з попереднім роком.

У 2006–2016 роках кількість призначених стимуляторів (як-от аderал і риталін) у США зросла вдвічі, зокрема серед дітей віком до 5 років(26). У 2011 році стимулятори призначали двом третинам американських дітей, у яких було діагностовано розлад із дефіцитом уваги. Кількість призначених седативних препаратів на зразок бензодіазепінів (ксанакс, клонопін, валіум), що спричиняють залежність, також збільшується — можливо, аби пом’якшити наслідки всіх тих стимуляторів, які ми приймаємо. У 1996–2013 роках лише у Сполучених Штатах кількість дорослих, які купували призначені бензодіазепіни, зросла на 67 %, з 8,1 мільйона до 13,5 мільйона осіб. У 2012 році було виписано рецептів на таку кількість опіоїдів, що кожен американець міг би мати цілу пляшечку пігулок(27). Передозування опіоїдами знищило більше американців, ніж зброя

чи автомобільні аварії. Тож чи варто дивуватися, що Девід сказав собі: «Зрештою усе зводиться до заспокоєння. Легше прийняти пігулку, аніж відчувати біль».

Крім надзвичайних випадків утечі від болю, ми втратили здатність витримувати навіть незначний дискомфорт. Ми постійно прагнемо відволіктися від буденності й жити розвагами. У романі «Повернення в прекрасний дивний світ» (Brave New World Revisited) Олдокс Гакслі писав: «Величезна індустрія засобів масової комунікації, що переважно має справу не з істинним чи хибним, а з чимось нереальним, навіть незначним ... залишила поза увагою безмежне прагнення людини до розваг»(28).

Подібну думку висловив також Ніл Постман, автор класичного роману 1980-х «Дорозважаємося до смерті. Публічний дискурс в еру шоу-бізнесу» (Amusing Ourselves to Death), який писав: «Американці більше не розмовляють одне з одним, а розважають одне одного. Вони обмінюються не ідеями, а зображеннями. Вони сперечаються не з пропозиціями, а з вродливими людьми, знаменитостями й рекламою»(29).

Моя пацієнтка Софі, студентка Стенфордського університету з Південної Кореї, звернулася до мене по допомогу в подоланні депресії й тривожності. Серед усього того, про що ми говорили, вона розповіла мені, що проводить переважну частину свого дня, переглядаючи інстаграм, дивлячись ютюб та слухаючи подкасти й пісні за допомогою якого-небудь пристрою.

Під час сеансу із Софі я запропонувала їй спробувати піти на заняття, не слухаючи нічого, й просто дати змогу оформитись власним думкам.

Вона подивилася на мене водночас з недовірою та страхом.

— Навіщо мені це робити? — здивовано запитала вона.

— Що ж, — наважилася сказати я, — це спосіб пізнати себе. Дозволити своєму досвідові розкритися, не намагаючись контролювати його чи тікати від нього. Саме те, що ти відволікаєшся через пристрої, може посилювати твою депресію й тривожність. Це доволі виснажливо — постійно уникати самої себе. Мені цікаво, чи отримаєш ти доступ до нових думок і почуттів, коли поглянеш на себе з інакшого боку, і чи допоможе це тобі відчути міцніший зв’язок із собою, з людьми й зі світом.

Софі на мить замислилася.

— Але ж це так *нудно*, — сказала вона.

— Це справді так, — відповіла я. — Нудьга не просто нудна. Вона може навіть уселяти жах. Вона примушує нас залишатися віч-на-віч із серйознішими питаннями — про сенс і мету життя. Крім того, нудьга — це сприятлива атмосфера для відкриттів і винаходів. Вона створює простір, необхідний для того, щоб сформувалося нове мислення, адже ми повсякчас реагуємо на стимули навколо нас замість того, щоб дати собі змогу зануритися у пережитий досвід.

Наступного тижня Софі спробувала піти на заняття, не підключившись до мережі.

— Спочатку було важко, — сказала вона, — але згодом я звикла й це мені навіть сподобалося. Я почала помічати дерева.

**Відсутність турботи про себе чи психічна хвороба?**

Повернімося до Девіда, котрий, за його словами, приймав адерал цілодобово. У 2005 році після закінчення коледжу він знову переїхав до батьків. Девід розмірковував про те, щоб вступити до юридичної школи, здав відповідні тести і навіть отримав хороші оцінки, проте коли настав час подавати заяву на навчання, він відчув, що не хоче цього.

— Я переважно сидів на дивані, накопичуючи дедалі більше гніву й обурення — на себе, на увесь світ.

— Через що ти гнівався?

— У мене було таке відчуття, що я змарнував роки навчання. Я не вивчив того, що хотів насправді. Моя подруга ще продовжувала навчання і уже досягла великих успіхів, отримала диплом магістра. А я валявся вдома і бив байдики.

Коли подруга Девіда закінчила навчання, він поїхав разом з нею у Пало-Альто, де вона отримала роботу. У 2008 році вони одружилися. Девід знайшов роботу в технологічному стартапі, де спілкувався з молодими, розумними програмістами, котрі не шкодували для нього часу. Девід знову почав писати програми й опанував усе, чого мав навчитися у коледжі, коли занадто боявся займатися у переповненому студентами приміщенні. Його підвищили, він обійняв посаду розробника програмного забезпечення, працював по 15 годин на день, а у вільний час бігав по 80 кілометрів на тиждень.

— Але для того, щоб усе це робити, — розповідав Девід, — мені доводилось приймати ще більше адералу не тільки вранці, а й протягом дня. Я прокидався й приймав адерал. Повертався додому, вечеряв і знову приймав адерал. Пігулки стали для мене нормою. До того ж я вживав багато кофеїну. Лише під кінець ночі у мене з’являлось бажання заснути. І я подумав: «Що ж робити тепер?!». Тому я знову пішов до психіатрині та вмовив її призначити мені амбієн. Я вдав, нібито не знаю, що таке амбієн, хоча моя мама досить довго приймала його, як і мої тітки. Крім того, я вмовив психіатриню призначити мені певну кількість ативану для зняття тривоги перед презентаціями. У 2008‒2018 роках за день я приймав приблизно 30 міліграмів адералу, 50 міліграмів амбієну й 3–6 міліграмів ативану. Я вважав, що страждаю на тривожність й синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) і що це потрібно мені, аби функціонувати.

Девід пояснював власну втому й неуважність психічним захворюванням, а не браком сну й надмірною стимуляцією, та використовував цю логіку, щоб виправдати тривале вживання ліків. За багато років я бачила подібний парадокс у багатьох пацієнтів: вони вживають препарати, призначені лікарем чи якісь інші, аби компенсувати відсутність елементарної турботи про себе, після чого пояснюють наслідки психічною хворобою, обґрунтовуючи у такий спосіб потребу в додатковій кількості препаратів.

— Тож ви отримували «вітаміни» А: адерал, амбієн і ативан, — пожартувала я.

Девід посміхнувся.

— Гадаю, можна й так сказати.

— Чи знала ваша дружина або хтось інший про те, що з вами відбувається?

— Ні, ніхто не знав. Моя дружина й гадки не мала. Іноді я пив алкоголь, коли у мене закінчувався амбієн, або гнівався й кричав на неї, коли приймав занадто багато адералу. Утім, окрім цього, я доволі добре все приховував.

— То що ж сталося далі?

— Я втомився від цього. Втомився день і ніч приймати стимулятори та заспокійливі засоби. Я почав думати про самогубство. Мені здавалося, що це найкращий вихід для мене й для інших людей. Однак моя дружина була вагітна, тож я усвідомлював, що потрібно щось змінювати. Я сказав їй, що потребую допомоги. І попросив відвезти мене до лікарні.

— Як вона відреагувала?

— Відвезла мене до швидкої допомоги, а коли все з’ясувалося, то, звісно, була вражена.

— Що саме вразило її?

— Пігулки. Препарати, що я приймав. Мій величезний схованок. А також скільки всього я приховував.

Девіда поклали до стаціонарного психіатричного відділення й діагностували у нього залежність від стимуляторів і седативних препаратів. Він залишався у лікарні, поки не припинив приймати адерал, амбієн й ативан та думати про самогубство. На це знадобилося два тижні. Згодом його виписали додому, до вагітної дружини.

Ми всі тікаємо від болю. Дехто з нас приймає пігулки. Дехто лежить на дивані й переглядає Netflix. Хтось читає любовні романи. Ми робимо все можливе, аби відволіктися від самих себе. Проте всі ці спроби захистити себе від болю лише посилюють його.

Згідно з даними рейтингу країн світу за рівнем щастя населення, у якому беруть участь 156 країн, у 2018 році мешканці Сполучених Штатів Америки назвали себе менш щасливими, ніж у 2008 році. В інших країнах з аналогічним рівнем заможності, соціальної підтримки й тривалості життя (Бельгія, Канада, Данія, Франція, Японія, Нова Зеландія, Італія) спостерігалося таке ж зниження показників суб’єктивного відчуття щастя(30).

Дослідники опитали майже 150 тисяч осіб у 26 країнах з метою визначення поширеності генералізованого тривожного розладу, котрий характеризують як неконтрольоване занепокоєння, що негативно позначається на житті людини. Вони з’ясували, що у багатих країнах рівень тривожності є вищим, ніж у бідних(31). Автори

цього дослідження дійшли такого висновку: «Цей розлад відчутно поширеніший і має руйнівний характер у країнах з високим рівнем доходів порівняно з країнами із середнім та низьким рівнем доходів».

У 1990–2017 роках кількість нових випадків депресії у світі зросла на 50 %. Найбільше зростання таких випадків спостерігалося у регіонах з найвищим соціально-демографічним індексом (доходом), особливо у Північній Америці(32).

Поширеність фізичного болю також набирає обертів(33). Упродовж своєї кар’єри я бачила безліч пацієнтів, зокрема цілком здорових молодих людей, котрі відчувають біль у всьому тілі попри відсутність будь-якого захворювання чи пошкодження тканин, яке можна виявити. Зросли показники та види фізичного болю, що не має пояснення: комплексний регіональний больовий синдром, фіброміалгія, інтерстиційний цистит, міофасціальний больовий синдром, синдром хронічного тазового болю тощо. Поставивши мешканцям 30 країн світу запитання «Як часто у вас були тілесні болі протягом останніх 4 тижнів: ніколи, рідко, іноді, часто чи дуже часто?», дослідники виявили, що американці повідомили про більшу кількість випадків болю порівняно з мешканцями інших країн. Тобто 34 % американців зазначили, що відчувають біль часто або дуже часто, на відміну від 19 % жителів Китаю, 18 % жителів Японії, 13 % мешканців Швейцарії й 11 % мешканців Південної Африки.

Постає питання: чому в епоху небаченого багатства, свободи, розвитку технологій і досягнень медицини ми здаємося нещасливішими й відчуваємо більше болю, ніж будь-коли?(34) Причиною може бути те, що ми докладаємо занадто багато зусиль, аби уникати нещастя. Нейронаука вказує на те, що нам потрібно відновити рівновагу між задоволенням і болем.

## 3. Рівновага між задоволенням і болем

Досягнення нейронауки за останні 50–100 років, зокрема відкриття у галузі біохімії, нові методи візуалізації та поява обчислювальної біології, кинули світло на фундаментальні процеси позитивного підкріплення (винагороди). Глибше розуміння механізмів, що регулюють біль і задоволення, дає можливість здобувати нові знання про те, чому та яким чином надмірна кількість задоволення призводить до виникнення болю.

### Дофамін

Головні функціональні клітини мозку називаються нейронами. Ці клітини підтримують комунікацію одна з одною у синапсах за допомогою електричних сигналів і нейромедіаторів.

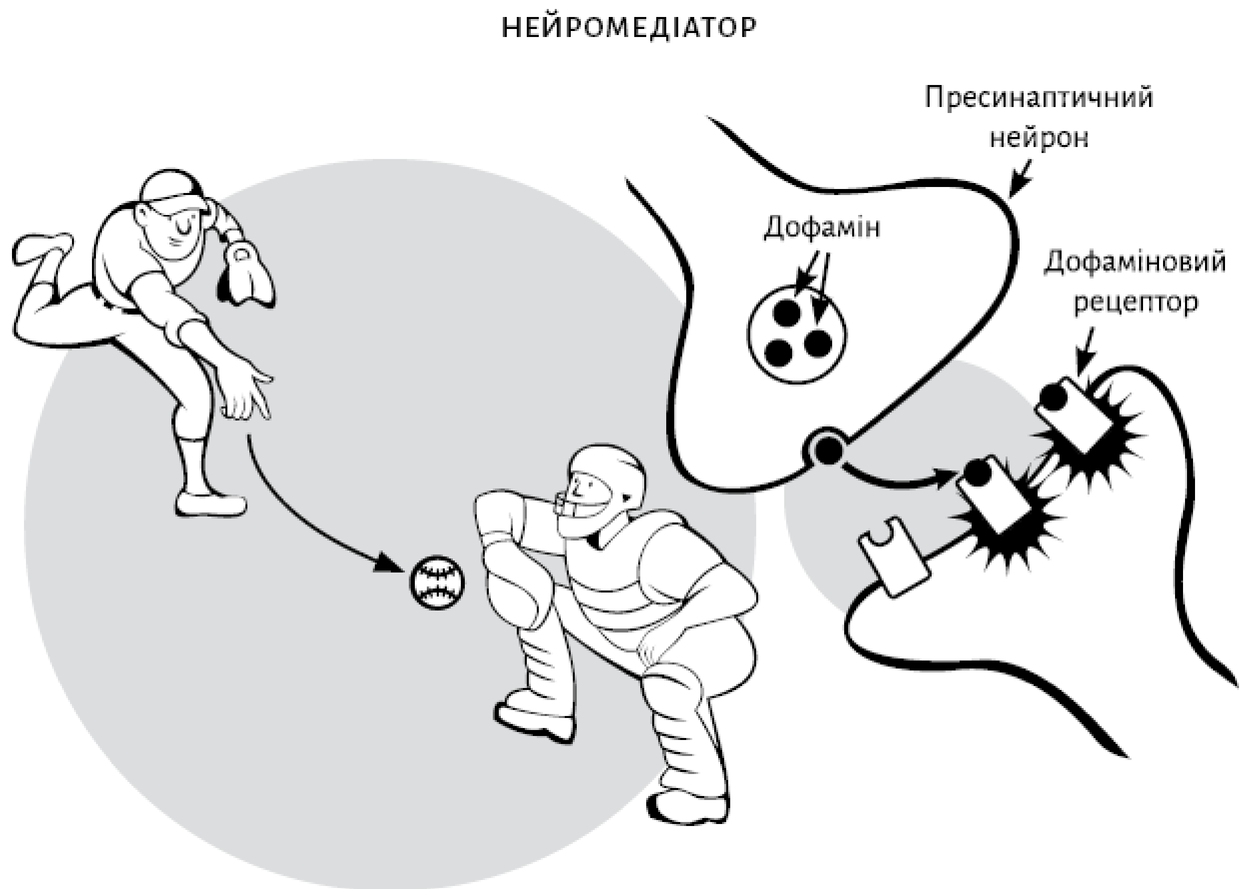
Нейромедіатори нагадують бейсбольні м’ячі. Пресинаптичний нейрон — це пітчер. Подібно до того як пітчер і кетчер кидають м’яч один одному, нейромедіатор виступає у

ролі сполучної ланки між нейронами — хімічного посланця, що регулює електричні сигнали в мозку. Існує багато важливих нейромедіаторів, але ми почнемо з дофаміну.

Уперше дофамін як нейромедіатор у мозку людини ідентифікували у 1957 році двоє вчених, які працювали незалежно один від одного — Арвід Карлссон і його команда в Лунді (Швеція), а також Кетлін Монтеґю, неподалік від Лондона (Велика Британія). Згодом Карлссон отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини(35).

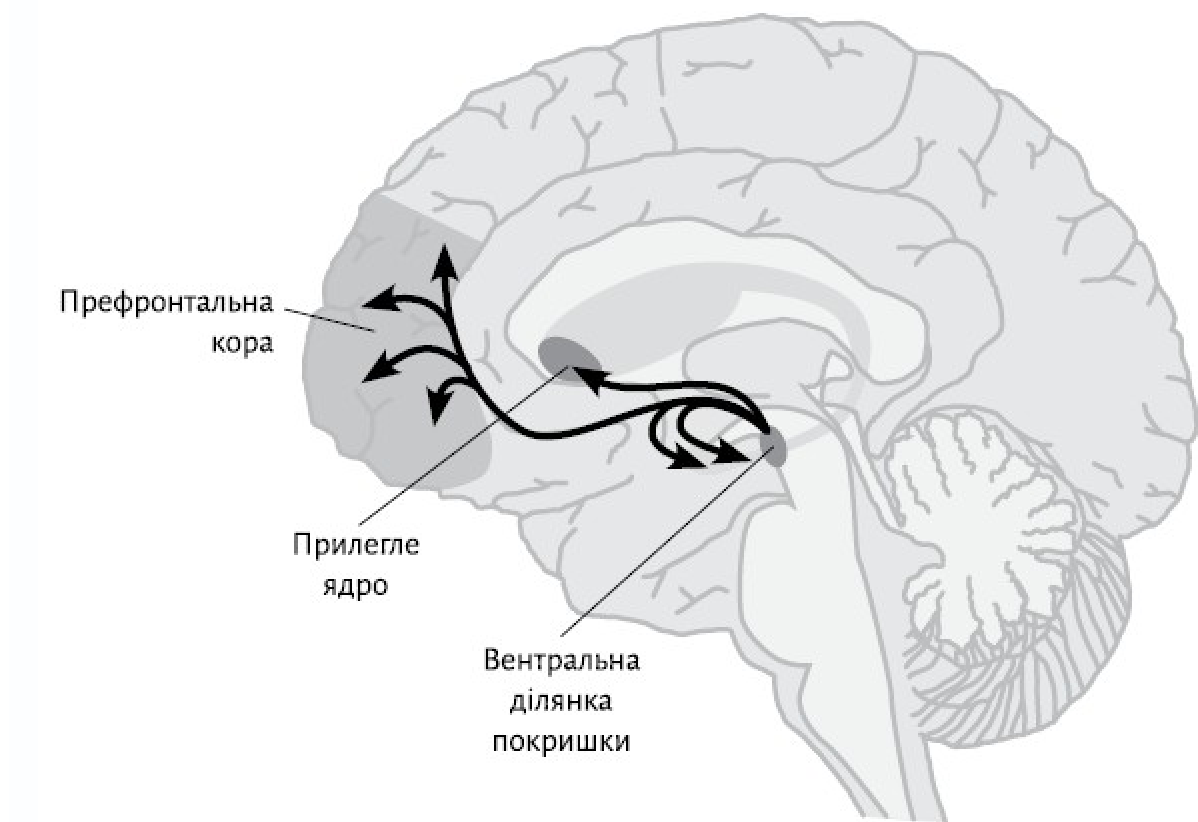
Дофамін — не єдиний нейромедіатор, котрий бере участь в обробці винагороди, однак більшість нейробіологів згодна з тим, що він найважливіший. Можливо, дофамін відіграє важливішу роль у мотивації до отримання винагороди, ніж у задоволенні від самої винагороди.

*Бажання* перевершує *задоволення*(36). Генетично модифіковані миші, не здатні виробляти дофамін, не шукають їжу й можуть померти з голоду навіть тоді, коли їжа лежить в кількох сантиметрах від них. Проте якщо їжу покласти безпосередньо їм у писок, вони жують і ковтають її — здається, що їм це навіть до вподоби(37).




Попри дискусії стосовно відмінностей між мотивацією й задоволенням, дофамін використовують для визначення адиктивного потенціалу будь-якої моделі поведінки чи препарату. Що більше дофаміну виробляється під впливом препарату у шляху винагороди мозку (у нейронній мережі, що пов’язує вентральну ділянку покришки, прилегле ядро й префронтальну кору) і що швидше це відбувається, то більшу залежність спричиняє відповідний препарат. Це не означає, що речовини, які стимулюють

вироблення дофаміну, в буквальному сенсі містять дофамін. Вони радше спричиняють вивільнення дофаміну у шляху винагороди нашого мозку.




У щура, якого тримають у клітці, шоколад підвищує базальне вироблення дофаміну в мозку на 55 %(38), статеві контакти — на 100 %(39), нікотин — на 150 %(40) і кокаїн — на 225 %. Амфетамін, що є активним інгредієнтом вуличних наркотиків (як-от «спід», «кристал» і «шабу»), а також лікарські засоби на зразок адералу й риталіну, котрі використовують для лікування розладу з дефіцитом уваги, підвищують вироблення дофаміну на 1000 %. Тобто один «бульбулятор» метамфетаміну дорівнює десяти оргазмам.



**Задоволення і біль поруч**

Окрім відкриття дофаміну, нейробіологи з’ясували, що задоволення й біль обробляються в ділянках мозку, які частково збігаються, а також діють на основі механізму опонентних процесів(41). Інакше кажучи, задоволення й біль працюють як терези.

Уявіть собі, що в нашому мозку є терези, що нагадують гойдалку на дитячому майданчику. Коли на них нічого немає, вони розташовані горизонтально.

Коли ми відчуваємо задоволення, у шляху винагороди виробляється дофамін, і шальки терезів схиляються у бік задоволення. Що більше й швидше схиляються наші шальки терезів, то більше задоволення ми відчуваємо.

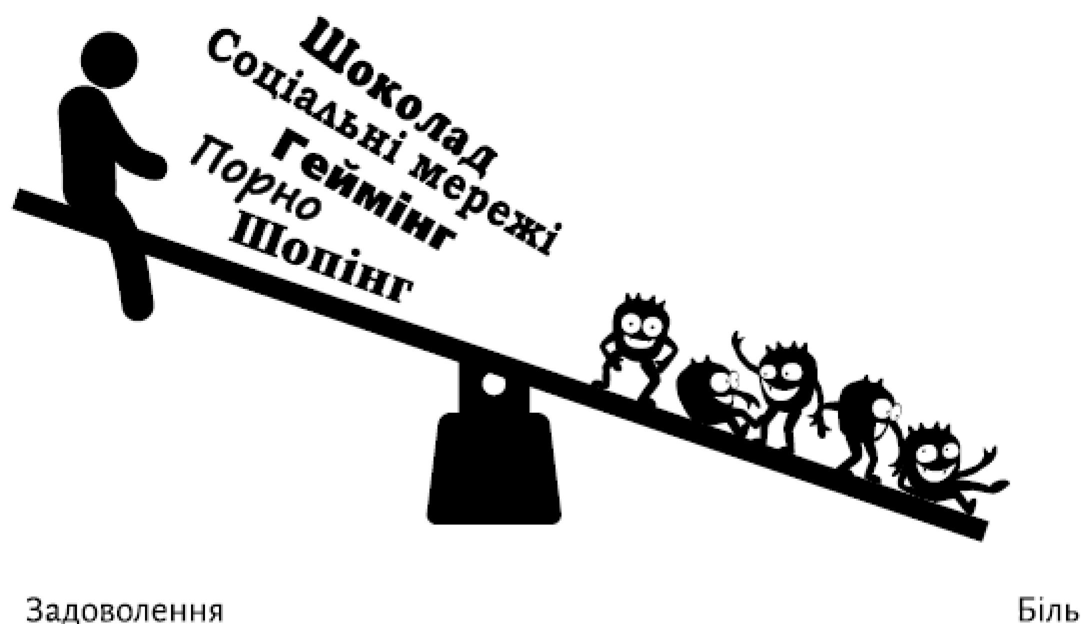



Проте ці терези мають одну важливу властивість — їхні шальки прагнуть залишатися у горизонтальному положенні, тобто суто технічно — у рівновазі. Вони не люблять надто довго бути перехиленими у той чи інший бік. Отже, коли терези схиляються у бік задоволення, то починають діяти потужні механізми саморегулювання для того, щоб знову їх вирівняти. Це не потребує усвідомленої думки чи зусилля волі. Це просто відбувається, як рефлекс.

Я часто уявляю собі цей механізм саморегулювання так: маленькі гремліни стрибають на той бік терезів, де розташований біль, щоб урівноважити бік задоволення. Ці гремліни уособлюють дію *гомеостазу* — фізіологічної енергії, необхідної для повернення будь-якої органічної системи у стан рівноваги.




Щойно шальки терезів вирівнюються, вони продовжують рухатися, спрямовуючись у бік болю.




У 1960-х соціологи Соломон і Корбіт назвали таку взаємодію між задоволенням і болем теорією опонентних процесів: «Будь-яке тривале або повторюване відхилення від гедонічної чи афективної нейтральності ... має свою ціну»(42). Такою ціною є післядія, протилежна стимулові за значенням — як у старому прислів’ї: хто високо злетить, той низько впаде.

Виявляється, чимало фізіологічних процесів в організмі підпорядковуються подібним системам саморегулювання. Наприклад, Йоганн Вольфґанґ фон Ґете, Евальд Герінґ та інші науковці продемонстрували, як система опонентних процесів керує сприйняттям кольору. Споглядання одного кольору протягом тривалого часу спонтанно створює зображення опонентного кольору в очах глядача. Наприклад, якщо довго й пильно вдивлятися у зелений колір на білому тлі, а потім перевести погляд на чисту білу сторінку, то ваш мозок утворить червоний післяобраз. Сприйняття зеленого кольору поступається місцем сприйняттю червоного кольору. Коли зелений увімкнено, червоного не може бути, і навпаки.

**Толерантність (нейроадаптація)**

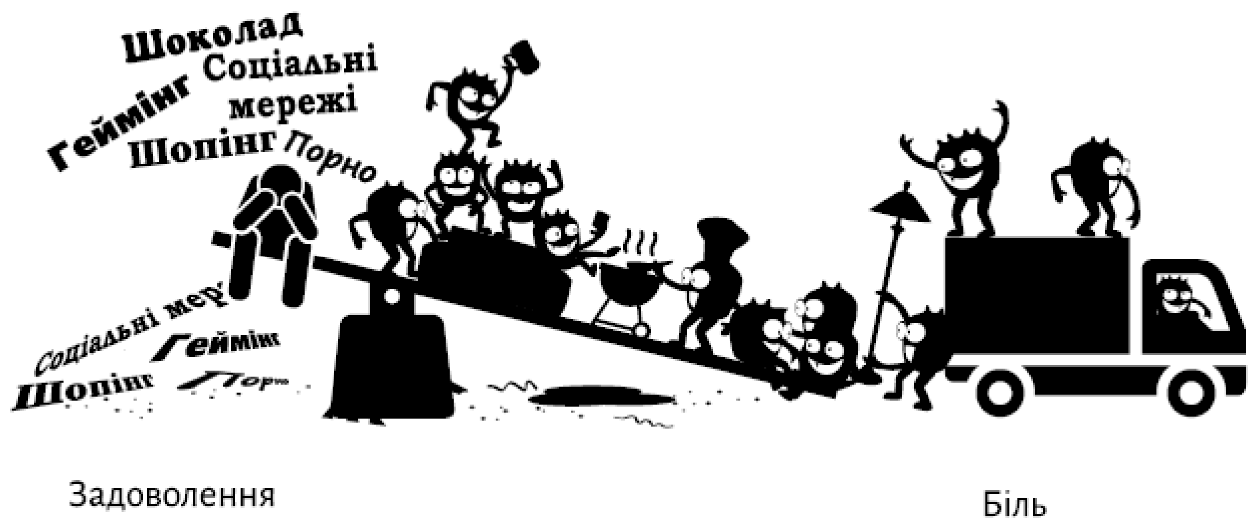
Після отримання задоволення всі ми відчували палке бажання отримати його знову. Хоч би що то було: чи потягтися за другим пакетиком картопляних чипсів, чи клацнути посилання на другий раунд відеогри — цілком природно прагнути відтворення приємних відчуттів чи намагатися не дозволяти їм згаснути. Простим рішенням є продовжувати їсти, грати, дивитися або читати. Однак тут виникає проблема.

У разі повторюваного впливу того самого чи подібного приємного стимулу початкове відхилення у бік задоволення стає слабшим і менш тривалим, а подальша реакція на боці болю стає сильнішою й тривалішою — науковці позначили цей процес терміном *«нейро-адаптація»*. Інакше кажучи, завдяки такому повторенню наші гремліни стають більшими, спритнішими й численнішими, тому ми потребуємо більше відповідного наркотику, аби отримати той самий ефект.




Коли людина потребує більше речовини, щоб відчути задоволення, або отримує менше задоволення від певної дози, це називається *толерантністю*. Толерантність є важливим чинником розвитку залежності. Для мене друге прочитання «Сутінків» було приємним, але не настільки, як перше. Читаючи «Сутінки» вчетверте (так, я прочитала весь роман чотири рази), я отримала значно менше задоволення. Перечитування не можна було навіть порівняти з першим прочитанням. Окрім того, щоразу, коли я читала роман, у мене виникала дедалі глибша невдоволеність і сильніше бажання повернути те відчуття, яке було у мене під час першого прочитання. Ставши толерантною до «Сутінків», я змушена була шукати новіші, сильніші форми цього ж наркотику, аби спробувати повернути колишні відчуття.

У разі тривалого вживання великої кількості наркотиків рівновага між задоволенням і болем зрештою схиляється у бік болю. Заданий рівень гедонічних відчуттів (задоволення) змінюється; водночас здатність відчувати задоволення слабне, тоді як уразливість до болю посилюється. Це можна уявити собі так: на тому боці терезів, де розташований біль, гремліни немов розбивають табір, розклавши на додачу надувні матраци й переносні барбекю.



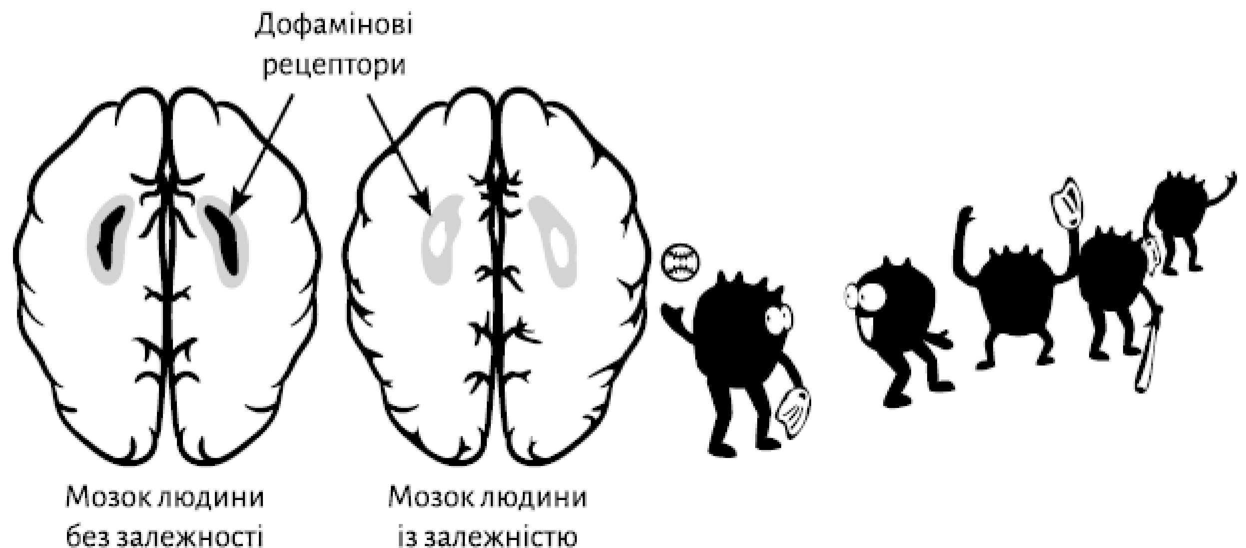

Я дізналася про вплив адиктивних речовин з високим рівнем дофаміну на шлях винагороди у головному мозку на початку 2000-х, коли почала приймати дедалі більше пацієнтів, котрі зверталися у клініку з метою лікування хронічного болю за допомогою тривалого приймання великих доз опіоїдів (як-от оксиконтин, вікодин, морфін, фентаніл). Однак їхній біль з часом лише посилювався. Під впливом опіоїдів мозок змінював рівновагу між задоволенням і болем у бік болю. Початковий біль цих пацієнтів ставав ще сильнішим; до того ж у них з’являвся новий біль у тих частинах тіла, які раніше не боліли. Крім того, коли ми намагалися поступово звільнити таких пацієнтів від опіоїдів, у них послаблювався біль. Подібне явище, що часто спостерігалось й перевірялось під час досліджень на тваринах, отримало назву «індукована опіоїдами гіперальгезія»(43). Альгезія (від грецького *algesis*) — це чутливість до болю. Більше того, коли цим пацієнтам поступово зменшували дозу опіоїдів, вони відчували полегшення болю(44).

Нейробіологиня Нора Волкоу та її колеги продемонстрували, що тривале споживання великої кількості речовин, що стимулюють вироблення дофаміну, зрештою призводить до дефіциту дофаміну. Волкоу проаналізувала процес передачі дофаміну у мозку здорових учасників контрольної групи порівняно з людьми, залежними від різних наркотиків, за два тижні після того, як вони припинили вживати ці наркотики. Нейровізуалізація мозку вражає. На зображеннях мозку здорових членів контрольної групи ділянка мозку у формі квасолини, що відповідає за винагороду й мотивацію, світиться яскраво-червоним кольором, указуючи на високий рівень нейромедіаторної активності дофаміну. На зображеннях мозку людей із залежністю, які припинили вживати наркотики за декілька тижнів до того, та ж ділянка мозку у формі квасолини має темно-пурпуровий колір, що свідчить про незначну передачу дофаміну або про її відсутність.

Докторка Нора Волкоу та її колеги зробили висновок: «Зменшення кількості рецепторів дофаміну D2 у тих, хто зловживає наркотиками, у поєднанні зі скороченням вивільнення дофаміну призводить до зниження чутливості мереж винагороди на стимуляцію природними винагородами»(45). Коли це відбувається, більше нічого не приносить задоволення. Інакше кажучи, гравці команди «Дофамін» беруть свої м’ячі й рукавиці та йдуть додому.

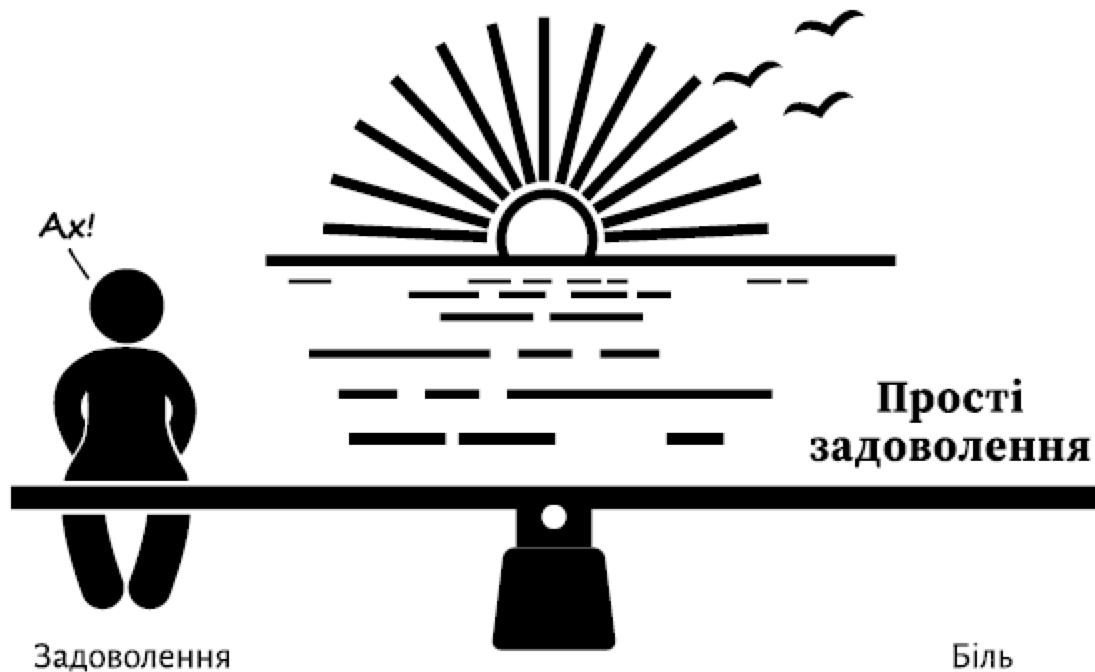
Приблизно за два роки компульсивного поглинання любовних романів я зрештою дійшла до того, що вже не могла знайти книжку, котра б мені сподобалася. Я немовбито

виснажила свій центр задоволення від читання романів, й жодна книжка не могла відновити його. Парадокс у тому, що гедонізм (прагнення до задоволення заради задоволення) призводить до *ангедонії*, тобто нездатності отримувати будь-яке задоволення. Читання завжди було моїм головним джерелом задоволення й втечі від реальності, тому це стало для мене потрясінням і горем.




Мої пацієнти із залежністю розповідають про те, що на певному етапі наркотик уже не діє. Вони перестають відчувати наркотичне збудження. Однак відмовившись від наркотику, вони стають нещасливими. Найпоширеніші симптоми синдрому відміни будь-якої речовини, що спричиняє залежність, — тривога, дратівливість, безсоння й дисфорія.

Саме зрушення рівноваги між задоволенням і болем у бік болю змушує людей знову братися за старе навіть після тривалого утримання. Коли наші терези схилені у бік болю, ми потребуємо свого наркотику, щоб почуватися нормально (відновити рівновагу). Нейробіолог Джордж Коб називає це явище рецидивом, обумовленим дисфорією(46).




Але є й хороша новина. Якщо чекати досить довго, то наш мозок, як правило, повторно адаптується до відсутності наркотику й у нас відновлюється базовий гомеостаз — рівновага повертається. Після відновлення рівноваги ми знову можемо отримувати задоволення від повсякденних, простих винагород: ходити на прогулянки, милуватися сходом сонця, насолоджуватися вечерею у товаристві друзів.

**Люди, місця та речі**

Рівновага між задоволенням і болем залежить не лише від повторного вживання самого наркотику, а й від впливу пов'язаних з ним подразників. У спільноті анонімних алкоголіків для опису цього явища використовують такі слова: *люди, місця* й *речі*. У світі нейронауки це називають *навчанням, що залежить від подразників*; відоме також як класичне обумовлення за Павловим.

Іван Павлов, який отримав Нобелівську премію з фізіології та медицини у 1904 році, продемонстрував, що коли собакам показують шматок м'яса, у них починається рефлекторне слиновиділення. Якщо ж собакам давати м'ясо, увімкнувши дзвінок, вони виділяють слину й тоді, коли чують звук дзвінка, навіть якщо після цього не отримують м'яса. Тобто собаки навчилися пов'язувати шматок м'яса (природну винагороду) зі звуком дзвінка (умовним подразником).

Що відбувається у мозку? Завдяки введенню детекторного зонда у мозок щура нейробіологи мають змогу продемонструвати, що дофамін виробляється в мозку у відповідь на дію умовного подразника (наприклад, звукового сигналу, звуку метронома, світла) задовго до поглинання самої винагороди (скажімо, шматка м'яса). Сплеск дофаміну напередодні отримання винагороди у відповідь на дію подразника не настільки значний, як підвищення рівня дофаміну під дією винагороди. Однак цей початковий мініcплеск пояснює попереднє задоволення, яке ми відчуваємо, знаючи, що нас чекає щось приємне. Відразу ж після впливу подразника активність дофаміну в мозку знижується не просто до базового рівня (мозок має тонічний рівень активності дофаміну

навіть за відсутності винагород), а нижче за базовий рівень. Саме цей тимчасовий стан мінімального дефіциту дофаміну спонукає нас прагнути винагороди.

Мій колега, шанований нейробіолог Роб Маленка, якось сказав мені: «Мірилом залежності лабораторної тварини є те, наскільки старанно вона готова працювати (натискати кнопку, шукати шлях у лабіринті, підніматись жолобом), щоб отримати свій наркотик». Як на мене, це стосується й людей. Не кажучи вже про те, що весь цикл очікування й прагнення винагороди може проходити за межами усвідомленого розуміння, що значно ускладнює подолання залежності.

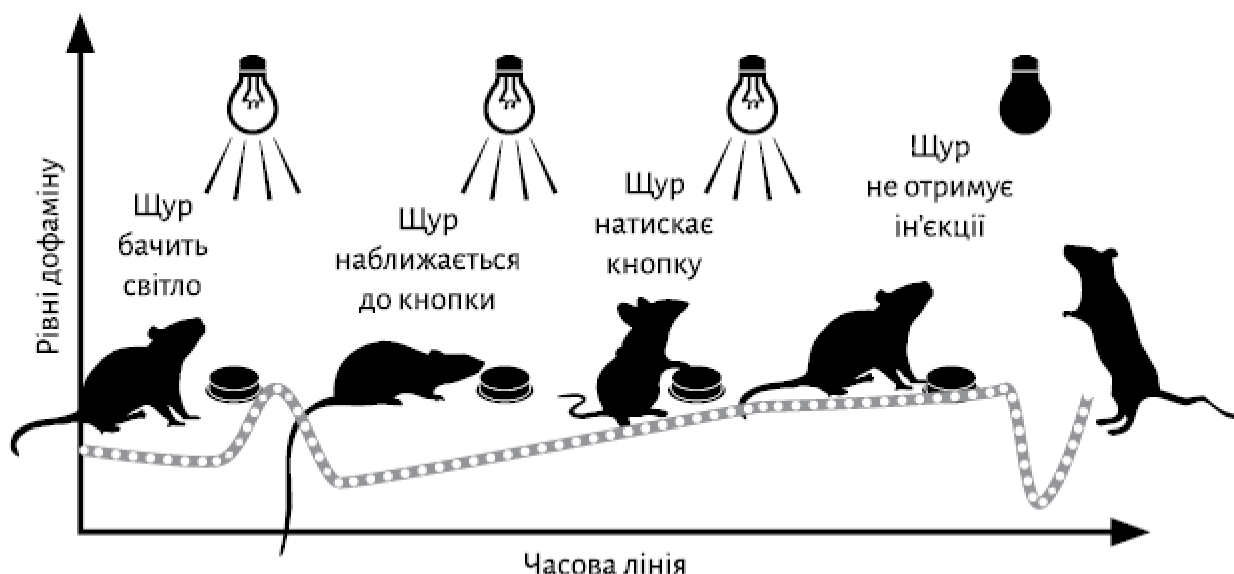
Хоч би яким був рівень залежності, щойно ми отримуємо винагороду, у мозку відбувається великий сплеск дофаміну.




Утім, якщо винагорода, яку ми очікували, не з'являється, то рівень дофаміну знижується. Проте проблема ось у чому: дофамін не повертається до базового рівня, а опускається ще нижче.

Усі ми відчували розчарування, коли наші очікування не справджувалися. Очікувана винагорода, якої ми не отримали, набагато гірша, ніж винагорода, якої ми ніколи не очікували.

Як індуковане подразниками прагнення позначається на рівновазі між задоволенням і болем? В очікуванні майбутньої винагороди рівновага зміщується в бік задоволення (мінімальний сплеск дофаміну), а відразу після впливу подразника відбувається зміщення рівноваги в бік болю (мінімальний дефіцит дофаміну). Дефіцит дофаміну спричиняє прагнення й спонукає до пошуку наркотиків.




Протягом минулого десятиліття були досягнуті значні успіхи в розумінні біологічних причин патологічної схильності до азартних ігор, унаслідок чого ігрові розлади були віднесені в Діагностичному й статистичному посібнику з психічних розладів (5-те видання) до категорії адиктивних розладів. Результати досліджень указують на те, що вироблення дофаміну під час участі в азартних іграх, найімовірніше, пов'язане з непередбачуваністю отримання винагороди, а не з фінансовою (часто грошовою) винагородою. Цей висновок свідчить про те, що мотивація до участі в азартних іграх значною мірою ґрунтується на нездатності передбачити отримання винагороди, а не на фінансовій вигоді. Таким чином, відмінність між очікуванням винагороди (вироблення дофаміну до її появи) та реакцією на винагороду (вироблення дофаміну після або під час її отримання) впливає на розуміння дисфункції дофамінових нейронів у разі патологічної схильності до азартних ігор та інших видів залежності.

Мої пацієнти із залежністю від азартних ігор розповідали мені, що під час гри вони частково прагнуть програти(47). Що більше вони програють, то сильніший у них потяг продовжувати гру й більше збудження від виграшу. Подібне явище називають гонитвою за програшем. Під час дослідження у 2010 році Джейкоб Ліннет і його колеги визначили рівень вироблення дофаміну в людей із залежністю від азартних ігор і здорових учасників контрольної групи в той момент, коли вони вигравали й програвали гроші. У разі виграшу між цими двома групами не було помітних відмінностей, проте коли піддослідні програвали гроші, порівняно з учасниками контрольної групи, патологічні гравці демонстрували значне підвищення рівня дофаміну. Кількість дофаміну у шляху винагороди була максимальною при майже однаковій імовірності програшу й виграшу (50 %), що відображало граничну невизначеність.

Мозок кодує довгострокові спогади про винагороду й пов'язані з нею сигнали, змінюючи форму й розмір нейронів, що виробляють дофамін. Зокрема, дендрити цих нейронів стають довшими, а їхня кількість збільшується.

Цей процес позначається терміном *«пластичність, залежна від досвіду»*(48). Крім того, такі зміни у мозку можуть тривати все життя й залишатися ще довгий час після того, як наркотик стає недоступним.

Дослідники вивчали вплив вживання кокаїну на щурів, протягом тижня щодня вводячи їм однакову дозу кокаїну й вимірюючи, скільки вони бігають після кожної ін’єкції. Щур, який отримав кокаїн, бігав по клітці замість того, щоб триматися на периферії, як це роблять нормальні щури. Кількість пробіжок вимірювалась за допомогою променів світла, що проходили крізь клітку. Що частіше щур перетинав промінь світла, то більше він пробігав.

Науковці з’ясували, що з кожним наступним днем отримання кокаїну щури переходили від жвавого бігу у перший день до шаленого бігу в останній день, що вказувало на кумулятивну сенсибілізацію до впливу кокаїну. Щойно дослідники припинили вводити кокаїн, щури перестали бігати. Через рік (приблизно стільки живуть щури) вчені знову зробили гризунам одноразову ін’єкцію кокаїну, після чого щури відразу почали бігати так, як в останній день початкового експерименту. Дослідивши мозок щурів, науковці виявили у їхніх шляхах винагороди спричинені кокаїном зміни, що відповідали стійкій сенсибілізації до кокаїну. Ці результати вказують на те, що наркотики на кшталт кокаїну здатні змінити мозок назавжди. Дослідники дійшли аналогічних висновків щодо інших адиктивних речовин — від алкоголю до опіоїдів та канабісу.

Люди, які намагаються подолати важку залежність, можуть повернутися до компульсивного споживання після одноразового впливу навіть через багато років утримання. Це може трапитися через стійку сенсибілізацію до відповідного наркотику.

Окрім безперечної незворотності змін у мозку під впливом сильних адиктивних наркотиків, особливе занепокоєння викликає те, яким чином наркотики, що стимулюють вироблення дофаміну, можуть підпорядкувати процес навчання.

Навчання приводить до вироблення дофаміну. Самки щурів лінії Спреґ-Доулі, яких протягом трьох місяців тримали у різноманітному, новому й заохочувальному середовищі, демонстрували швидкий кількісний ріст багатих дофаміном синапсів у шляху винагороди мозку, на відміну від щурів, котрі мешкали у звичайних лабораторних клітках. Зміни у мозку, що відбуваються під дією заохочувального й нового середовища, подібні до змін під дією наркотиків, що стимулюють вироблення дофаміну (адиктивних наркотиків). Утім, якщо перед розміщенням у поліпшеному середовищі тим самим щурам давати стимулятор на зразок метамфетаміну (котрий спричиняє дуже сильну залежність), вони не демонструють таких синаптичних змін, як раніше. Це свідчить про те, що метамфетамін обмежує здатність щура вчитися(49).

Однак є й хороша новина. Моя колега, докторка Еді Салліван, яка вивчала процес одужання від залежності, з’ясувала, що хоча деякі зміни у мозку через залежність незворотні, існує можливість оминути пошкоджені ділянки мозку завдяки створенню нових нейронних мереж(50).

Окрім того, майбутнє відкриває заманливі можливості щодо шляхів спрямування негативного впливу залежності у зворотний бік. Вінсент Пасколі та його колеги робили ін’єкції кокаїну щурам, котрі продемонстрували очікувані зміни у поведінці (шалений

біг), і після цього застосували оптогенетику (біологічний метод, що полягає у використанні світла для управління нейронами), щоб спрямувати спричинені кокаїном синаптичні зміни в мозку у зворотний бік(51). Можливо, колись оптогенетику можна буде застосовувати й для людського мозку.

**Терези — це лише метафора**

У реальному житті задоволення та біль мають складніший характер, ніж дія терезів.

Те, що приносить задоволення одній людині, може бути неприємним для іншої. Задоволення й біль можна відчувати одночасно, наприклад, коли ми вживаємо гостру їжу. Крім того, не у кожного терези перебувають у стані рівноваги: у людей з депресією, тривожністю й хронічним болем шальки терезів від початку схилені у бік болю, що може пояснити, чому такі люди мають більшу схильність до залежності. Задоволення й біль значною мірою залежать від того, яке значення ми надаємо чуттєвому досвіду, а також від контексту, в якому ми отримуємо травму.

Генрі Ноулз Бічер (1904–1976) служив під час Другої світової війни військовим лікарем у Північній Африці, Італії та Франції. Він провів спостереження й описав випадки 225 солдатів з важкими пораненнями, отриманими під час воєнних дій. Три чверті цих солдатів розповіли про незначний біль або повну його відсутність відразу після поранення попри те, що їхні травми були небезпечні для життя. Бічер строго дотримувався критеріїв відбору піддослідних, вивчаючи лише тих чоловіків, у яких був «один з п’яти видів важких поранень, обраних як репрезентативні: велике пошкодження периферичних м’яких тканин, складний перелом довгої кістки, наскрізне пошкодження голови, наскрізне пошкодження грудної клітки чи наскрізне пошкодження черевної порожнини... Усі вони ясно мислили й не перебували у стані шоку в момент обстеження». Бічер зробив висновок, що фізичний біль цих солдатів угамовувало емоційне полегшення, бо їм вдалося вирватися «з надзвичайно небезпечного середовища, наповненого втомою, незручностями, тривогою, страхом і реальною загрозою смерті». Біль цих людей, хай би яким він був, давав їм «квиток до безпеки шпиталю»(52).

На противагу цьому в детальному описі клінічного випадку, опублікованому в British Medical Journal у 1995 році, йшлося про 29-річного будівельника, котрий потрапив до відділення швидкої допомоги, наступивши ногою на 15-сантиметровий цвях. Цвях стирчав з верхньої частини ступні, проткнувши шкіру, плоть і кістки. «Найменший рух цвяха видавався дуже болісним, тому йому дали заспокійливе — фентаніл і мідазолам», сильні опіоїди й седативні препарати. Коли цвях витягли знизу й зняли черевик, виявилося, що «цвях проткнув ногу між пальцями: ступня була абсолютно неушкодженою»(53).

Наука вчить нас, що будь-яке задоволення має свою ціну, а біль, до якого воно призводить, триває довше і є сильнішим, ніж задоволення, через яке він виник. Тривалий і повторюваний вплив стимулів задоволення призводить до того, що наша здатність терпіти біль слабне, а пороговий рівень, на якому ми можемо відчувати задоволення, підвищується. Зберігаючи миттєві й довгочасні спогади, ми не здатні забути уроки задоволення й болю, навіть якщо хочемо: подібні «татуювання» на гіпокампі залишаються на все життя.

Дуже давні з філогенетичної точки зору неврологічні механізми обробки задоволення й болю залишалися переважно незмінними впродовж усієї еволюції та серед різних видів. Ці механізми бездоганно пристосовані до світу нестачі ресурсів. Без задоволення ми не могли б їсти, пити чи розмножуватися. Без болю ми не могли б захищати себе від травм і загибелі. Змінюючи заданий рівень відчуттів за допомогою повторюваних задоволень, ми стаємо людьми, котрі безкінечно прагнуть чогось, ніколи не задовольняючись тим, що мають, і завжди жадають більшого.

Утім, саме у цьому й полягає проблема. Люди, завжди чогось прагнучи, занадто добре впоралися зі складним завданням пошуку задоволення й уникнення болю. Внаслідок цього ми перетворили світ із середовища нестатків у середовище безмежного багатства. Наш мозок не пристосований до світу, в якому вдосталь ресурсів. За словами доктора Тома Фінукане, котрий вивчає діабет серед людей із хронічним сидячим способом життя, «ми — як кактуси у тропічному лісі»(54). І наче кактуси, що адаптувалися до посушливого клімату, ми потопаємо в дофаміні.

У результаті зараз нам потрібні якомога більші винагороди, щоб відчути задоволення, й дедалі менші травми, аби відчути біль. Така зміна налаштувань відбувається не лише на рівні окремих людей, а й на рівні цілих країн. У зв’язку з цим постає низка запитань: як нам виживати й досягати процвітання у новій екосистемі? Як виховувати дітей? Які способи мислення та дій будуть нам необхідні у XXI столітті?

Хто краще зможе навчити нас, як уникати компульсивного надспоживання, аніж найуразливіші до нього — ті, хто бореться із залежністю? Люди із залежністю, котрих протягом тисячоліть цуралися у різних культурах як розпусників, дармоїдів, парій та розповсюдників ганебної поведінки, оволоділи мудрістю, котра бездоганно відповідає сучасній епосі. Далі йтиметься про уроки одужання у світі, що втомився від винагород.

# Частина II. САМОСТРИМУВАННЯ

## 4. Дофамінове голодування

Я тут, тому що батьки примусили мене прийти, — сказала Делайла похмурим тоном, властивим американським підліткам.

— Добре, — сказала я. — Чому батьки захотіли, щоб ти до мене звернулася?

— Вони вважають, що я курю надто багато травки, але моя проблема — тривожність. Я палю, тому що відчуваю тривогу, і якщо ви зможете з цим щось зробити, марихуана не буде мені потрібна.

На якусь мить мене охопив глибокий смуток. Не тому, що я не знала, як допомогти цій дівчині, а тому що боялася, що вона не послухає моїх порад.

— Добре, тоді почнімо з цього, — сказала я. — Розкажи мені про свою тривожність.

Тонка й граційна, дівчина склала ноги, немов танцівниця.

— Я почала у середній школі, — сказала вона, — і за багато років усе лише погіршилося. Тривога — це перше, що я відчуваю, коли прокидаюся вранці. Ваксова трубка — єдине, що дає мені змогу виповзти з ліжка.

— Ваксова трубка?

— Так, зараз я використовую вапорайзери. Раніше я робила косяки й трубки і палила вдень сатіву, а перед сном індіку. Однак зараз я використовую концентрати: вакс, олію, бадер, шетер, сізор, порошок, квізо. Здебільшого я використовую вайп, але іноді трубку... Я не люблю наркотики в їстівній формі, але використовую їх як тимчасовий засіб або у непередбачених ситуаціях, коли не можу курити.

Запаморочливий перелік продуктів і механізмів доставки — це стандартне меню моїх пацієнтів. До моменту, коли такі пацієнти звертаються до мене, вони мають свого роду еквівалент ступеня доктора наук з наркотиків. На відміну від вживання марихуани лише по вихідних для розваги, що було нормою у 1960-х, мої пацієнти починають курити, прокинувшись уранці, продовжують робити це протягом дня і аж допоки не вкладаються спати. Звичка Делайли коштувала їй 150 доларів на тиждень.

— Що дає тобі паління? — запитала я. — Як воно тобі допомагає?

— Це єдине, що послаблює тривогу. Без цього я б не змогла функціонувати... Маю на увазі, більше, ніж зараз.

— Чи є якісь мінуси, коли у тебе немає змоги курити? Якісь непередбачувані наслідки?

— Єдине, що погано, — мої батьки завжди до мене прискіпуються. Якби вони просто дали мені спокій, не було б ніякого негативу.

Я помітила, як сонячне світло мерехтить на її розкішному рудому волоссі. Молодість багато чого компенсує.

— У мене є ідея стосовно того, що може тобі допомогти, але ти муситимеш зробити дещо справді складне.

— Про що йдеться?

— Я хотіла б, щоб ти провела експеримент.

— Експеримент? — Делайла схилила голову набік.

— Пропоную тобі протягом місяця не вживати канабіс.

Обличчя дівчини залишилося байдужим.

— Дозволь мені пояснити. По-перше, ліки від тривожності навряд чи допоможуть, якщо ти куриш так багато канабісу. По-друге (й це важливіше), існує велика ймовірність того, що коли ти кинеш палити на цілий місяць, твоя тривожність знизиться сама собою. Звісно, спочатку ти будеш почуватися гірше через синдром відмови. Однак якщо ти протримаєшся перших два тижні, є хороші шанси, що протягом наступних двох тижнів тобі стане краще.

Делайла мовчала, тому я продовжила. Пояснила, що будь-який наркотик, котрий стимулює шлях винагороди (як це робить канабіс), може змінити базовий рівень тривожності у мозку. На перший погляд, канабіс нібито лікує тривожність, але насправді він може лише полегшити стан після відмови від останньої дози. Тобто, канабіс стає причиною тривожності, а не ліками. Єдиний спосіб упевнитися в цьому — не вживати його протягом місяця.

— Чи можу я кинути на тиждень? Я вже робила це раніше.

— Тиждень було б добре, але мій досвід свідчить про те, що зазвичай місяць — це мінімальний період, необхідний для переналаштування шляху винагороди у мозку. Якщо ти не будеш почуватися краще за чотири тижні утримання, це стане також корисною інформацією, бо означатиме, що причина не в канабісі. І тоді нам потрібно буде подумати, що ще це може бути. То що скажеш? Як гадаєш, чи зможеш ти й чи згодна не вживати канабіс протягом місяця?

— Ммммм... Не думаю, що готова спробувати кинути зараз, можливо, згодом. Звісно, я не збираюся курити травку вічно.

— Ти захочеш вживати канабіс через десять років?

— Ні. У жодному разі. Точно ні, — Делайла енергійно похитала головою.

— А через п’ять років?

— Через п’ять років також ні.

— А через рік?

Запропонувавши Делайлі розглянути її теперішню поведінку у розрізі майбутнього, я сподівалася, що відмова від куріння канабісу набуде нової терміновості.

Пауза. Тихий сміх.

— Думаю, ви мене упіймали, док. Ви мене таки підловили. Якщо я не хочу вживати усе це через рік, то чому б не спробувати покинути це зараз?

Делайла подивилася на мене й посміхнулася.

— Добре, зробімо це.

Я побудувала розмову з Делайлою відповідно до розробленої мною ж моделі для вирішення проблем компульсивного надспоживання. Цю модель легко запам’ятати за акронімом DOPA і можна застосовувати у випадках, коли компульсивне надспоживання стає проблемою. Йдеться не лише про звичайні наркотики на кшталт алкоголю й нікотину, а й про будь-які речовини та моделі поведінки, що стимулюють вироблення дофаміну, до яких ми вдаємося занадто часто чи занадто довго або ж просто хочемо, щоб у нас були трохи простіші стосунки з ними.

«D» означає *«дані»* (англ. *data*). Йдеться про числа. Що ми вживаємо? Скільки? Як часто? Скільки грошей і часу ми витрачаємо на це? Особливо непокоїтися слід про наркотики, які ми використовуємо щодня, або про те, що ми вживаємо у великій кількості. Обидві моделі поведінки можуть викликати залежність. Я зрозуміла, що у мене виникла проблема, коли читання романів почало займати багато годин на день і навіть по декілька днів поспіль.

«O» означає *«цілі»* (англ. *objectives*), заради яких ми це робимо. У чому полягає наша мета? Навіть на перший погляд нераціональна поведінка ґрунтується на певній особистій логіці. Люди вдаються до вживання речовин і моделей поведінки, що стимулюють вироблення дофаміну, з різних причин: розважитися, пристосуватися до зовнішніх обставин, подолати нудьгу, страх, гнів, тривогу, безсоння, депресію, неуважність, біль, соціофобію. Цей список можна продовжувати. Делайла вживала канабіс, щоб упоратися з тривожністю. Я читала любовні романи, аби уникнути болісного переходу від виховання дітей до виховання підлітків, тобто переходу до виконання роботи, в якій я почувалась далеко не профі. Також це допомагало мені вгамувати смуток з приводу того, що у мене ніколи не буде ще однієї дитини, яку я хотіла, а мій чоловік — ні.

«P» означає *«проблеми»* (англ. *problems*). Наркотики, що стимулюють вироблення дофаміну, завжди призводять до проблем — якщо не відразу, то згодом. Ідеться про проблеми зі здоров’ям, проблеми зі стосунками, моральні проблеми тощо. Єдиним мінусом, що відмітила Делайла, було посилення напруженості між нею й батьками. Це типово для підлітків. Однак з віком непередбачуваних наслідків хронічного вживання наркотиків стає дедалі більше. У моєму випадку читання любовних романів почало забирати час, котрий я могла б проводити з родиною, друзями і навіть із пацієнтами. Найгіршим стало те, що це більше не дарувало мені колишньої насолоди. Єдине, чого я бажала, — поринути у світ фантазій. Утім, навіть це вже не було настільки приємним, як раніше.

«A» означає «утримання» (англ. *abstinence*). Утримання від дофаміну переналаштовує шляхи винагороди у мозку, що вивільняє достатньо часу, аби гремліни зістрибнули з терезів задоволення й болю, а також щоб відновився гомеостаз. Щодо речовин, без яких ми не можемо жити фізично (як-от їжа), усе ж можна утримуватися від певних категорій продуктів, наприклад, від тістечок і печива. Зазвичай 4 тижні — це мінімальний проміжок часу, потрібний мозкові, щоб змінити шлях винагороди. Скоротивши цей період, ми відчуємо всі можливі муки утримання без переваг відновлення гомеостазу. Згадайте про дослідження нейробіологині Нори Волкоу із застосуванням

нейровізуалізації, яке продемонструвало, що через два тижні після відмови від вживання наркотиків рівень передачі дофаміну все ще був нижчим за норму(55).

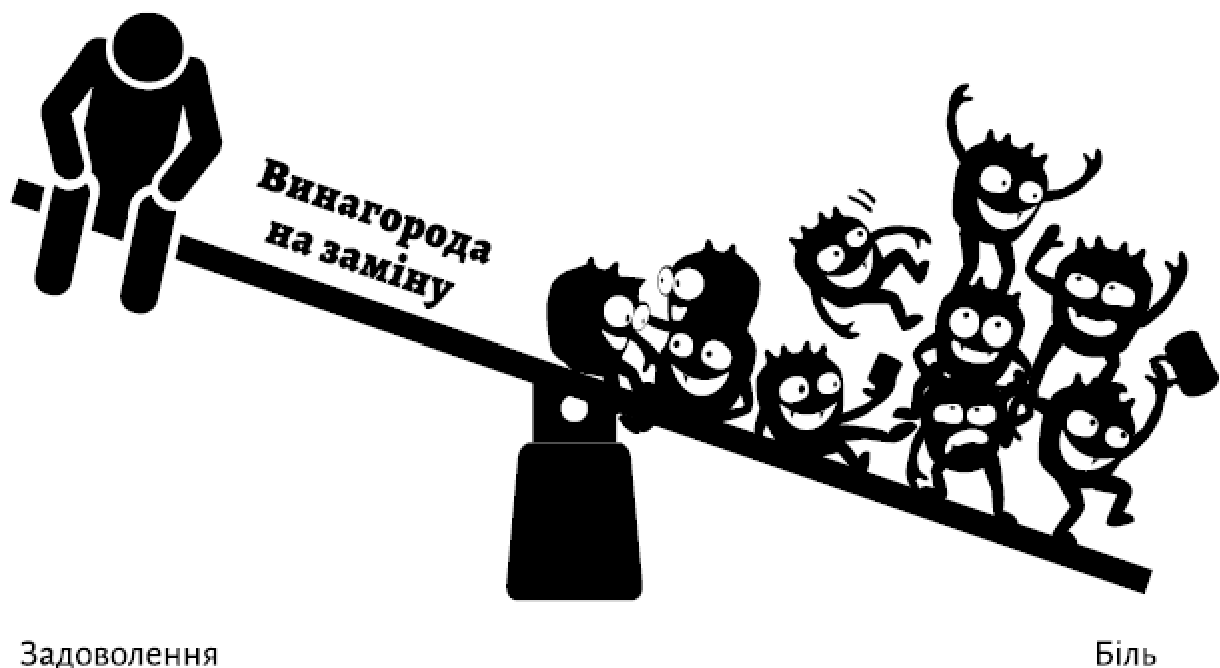
Марк Шакіт і його колеги вивчали групу чоловіків, котрі щодня вживали алкоголь у великій кількості, а також відповідали критеріям клінічної депресії чи так званого *великого депресивного розладу*, щоб з’ясувати, чи збережеться у піддослідних депресія після утримання від алкоголю протягом місяця.

Марк Шакіт, професор експериментальної психології Каліфорнійського університету в Сан-Дієґо, є найбільш відомим завдяки доведенню факту, що біологічні сини алкоголіків мають підвищений генетичний ризик розладу вживання алкоголю порівняно з людьми без такого генетичного навантаження. Я мала задоволення вчитися у Марка, талановитого педагога, під час низки конференцій на тему залежності на початку XXI століття. Він міцний, енергійний, непідвладний часові чоловік, який стає навшпиньки, коли хвилюється.

Учасники дослідження Шакіта були госпіталізовані на один місяць, протягом якого не отримували лікування від депресії й не мали доступу до алкоголю. Через місяць відмови від алкоголю 80 % піддослідних більше не відповідали критеріям клінічної депресії(56). Цей висновок указує на те, що у більшості учасників дослідження клінічна депресія була наслідком зловживання алкоголем, а не супутнім депресивним розладом. Звісно, існують також інші пояснення цих результатів: терапевтичне середовище у лікарні, спонтанна ремісія, епізодичний характер депресії, що може виникати й зникати незалежно від зовнішніх чинників. Утім, ці обґрунтовані висновки дивовижні, зважаючи на те, що частота випадків позитивної реакції на стандартні методи лікування депресії (наприклад, на ліки чи психотерапію) становить 50 %(57).

Кожна людина має особливий мозок. Декому може знадобитися менше, ніж 4 тижні, щоб переналаштувати шлях винагороди. Іншим потрібно значно більше часу. Судячи з мого досвіду, люди, котрі вживали сильніші наркотики у більшій кількості протягом довшого періоду, зазвичай потребують і більше часу. Крім того, фізичне утримання залежить від наркотику. Відмова може бути чимось незначним, коли йдеться про наркотики на кшталт відеоігор, проте це може ставати небезпечним для життя у разі відмови від інших наркотиків, як-от алкоголь чи опіоїди. Я ніколи не пропоную дофамінове голодування людям, для яких раптова відмова від певних речовин може нести загрозу для життя, як, наприклад, відмова від алкоголю, бензодіазепінів (ксанакс, валіум чи клонопін) або опіоїдів. Такі пацієнти потребують поступового обмеження вживання наркотиків під наглядом лікарів.

Іноді пацієнти запитують, чи можна вживати один наркотик замість іншого: нікотин замість марихуани, відеоігри замість порнографії. У довгостроковому періоді подібна стратегія нечасто буває ефективною. Будь-яка велика винагорода, здатна подолати гремлінів і схилити шальки терезів у бік задоволення, сама може спричинити залежність, що призведе до заміни однієї залежності іншою (тобто утвориться перехресна залежність). Будь-яка невелика винагорода не відчувається як власне винагорода, тому вдаючись до винагород, що стимулюють вироблення великої кількості дофаміну, ми втрачаємо здатність знаходити радість у звичайних задоволеннях.




Частина пацієнтів (приблизно 20 %) не почувається краще після дофамінового голодування. Це також важливі дані, котрі свідчать про те, що наркотик не був головним чинником відповідного психіатричного симптому, а також що у пацієнта може бути базовий психічний розлад, який потребує окремого лікування. Навіть у тих випадках, коли дофамінове голодування має свої переваги, супутній психічний розлад потрібно лікувати одночасно з ним. Спроби впоратися із залежністю, не займаючись іншими психічними розладами, зазвичай призводять до негативних наслідків в обох випадках.

Делайла згодилася на місяць відмови від куріння канабісу. Коли вона повернулася, її шкіра сяяла, плечі більше не були згорблені, а похмурий вигляд поступився місцем променистій посмішці. Дівчина зайшла у кабінет і сіла в крісло.

— Що ж, я це зробила! І ви мабуть не повірите, док, але моя тривожність зникла. Зникла!

— Розкажи мені, що трапилося.

— Перших декілька днів мені було погано. Я почувалася пригніченою. На другий день я почала блювати. Неймовірно! Я ж ніколи не блюю. Мене справді нудило. Тоді я й зрозуміла, що у мене синдром відміни, і це спонукало мене продовжувати утримуватися.

— Тож як ти почуваєшся зараз?

— Круто. Значно краще. Нічого собі! Менше тривоги. Це точно. Слово «тривога» навіть не спадає мені на думку. А раніше воно визначало мій день. Ясна голова. Мені не потрібно перейматися тим, що батьки відчують запах і будуть злитися. Я більше не хвилююся у школі. Параноя та підозрілість — усе це просто зникло. Я докладала чимало зусиль для того, щоб підготувати черговий кайф, поспішала все зробити, знаходила для цього час. Це таке полегшення, що більше не потрібно цього робити! Я заощаджую

кошти. Я відкрила для себе речі, від яких отримую більше насолоди тверезою, як-от родинні події.

Лікарко, скажу вам правду: я не вважала травку проблемою. Я справді не розуміла цього. Але тепер, кинувши курити, я усвідомила, що паління спричиняло тривожність замість того, щоб лікувати її. Я курила канабіс протягом п’яти років, не розуміючи, що зі мною діється. Чесно, я просто шокована.

Більшість людей не здатні усвідомити всі наслідки вживання наркотиків, поки не пройдуть певний період відмови від них. Нейробіолог Деніел Фрідман, який вивчає методи пошуку корму у червоних мурах-женців, якось зауважив: «Світ багатий сенсорними відчуттями, проте бідний причиново-наслідковими зв’язками». Інакше кажучи, ми знаємо, що у поточний момент пампушка добре смакує, однак ми меншою мірою усвідомлюємо те, що споживання однієї пампушки щоденно протягом місяця додає понад два кілограми ваги».

**Що відбувається після голодування? Постійне утримання на противагу помірності**

Коли сеанс із Делайлою наближався до завершення, я запитала її про плани на наступний місяць.

— То що ти думаєш? — сказала я. — Хочеш і далі утримуватися від куріння протягом наступного місяця чи бажаєш повернутися до вживання канабісу?

— Хочу бути тверезою, — сказала Делайла. — Зараз я є кращою версією себе.

Я насолоджувалася цим моментом.

— Утім, — сказала дівчина, — травка досі мені дуже подобається. Мені не вистачає того творчого відчуття, яке вона мені дає, а також можливості втекти від реальності. Я не хочу припиняти. Я хотіла б знову вживати марихуану, але не так, як робила це раніше.

Переважна кількість моїх пацієнтів, котрим вдається утримуватися від вживання наркотиків протягом місяця і відчути переваги тверезості, усе ж таки хочуть знову вживати наркотик, коли випробування закінчується. Вони майже завжди прагнуть вживати наркотики якимось іншим способом, ніж у минулому. Найважливіше завдання для них — обмежити вживання.

У галузі наркології постійно точаться суперечки щодо того, чи можуть люди, які зловживали наркотиками, повернутися до помірного вживання без ризиків. Протягом десятиліть групи анонімних алкоголіків суворо дотримувалися принципу: відмова — єдиний вихід для людей з надмірним, компульсивним надспоживанням. Однак нові факти свідчать про те, що деякі люди, котрі відповідали критеріям залежності (особливо люди з важкою формою залежності, кількість яких, за епідеміологічними даними, зростає), можуть повертатися до контрольованого вживання улюбленого наркотику навіть без лікування. Таке явище називають *природним одужанням*(58). Якщо ж метою є помірне

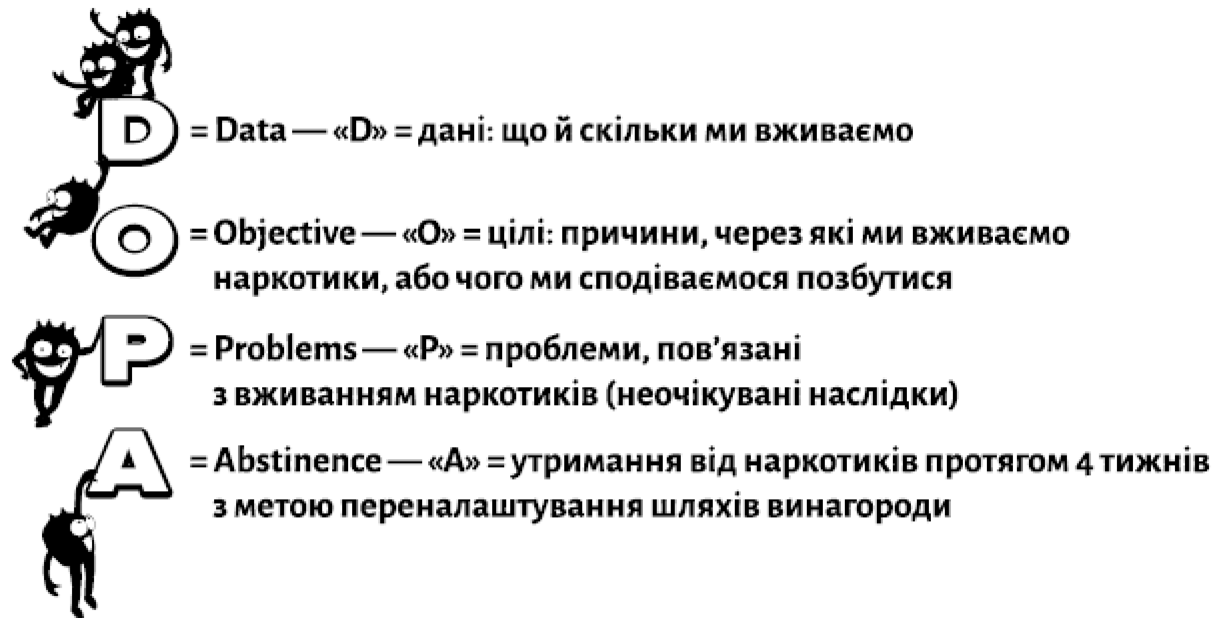
вживання, то більшість фахівців погоджується з тим, що період утримання підвищує ймовірність успіху: перейти від вживання великої кількості наркотиків до вживання меншої важче, ніж від повної відмови до вживання меншої кількості наркотику. Деякі пацієнти здатні помірно вживати наркотики протягом певного періоду, а у багатьох випадках віддають перевагу повній відмові від них, оскільки вважають помірне вживання виснажливим навіть у разі успіху.

Нейробіологи С. Г. Ахмед і Джордж Коб продемонстрували, що щури, які можуть отримувати доступ до кокаїну протягом однієї години на добу, натискаючи для цього кнопку, продовжують вживати сталу кількість кокаїну протягом багатьох днів поспіль(59). Інакше кажучи, ці щури не починають тиснути кнопку частіше кожного наступного дня. Утім, якщо тим самим щурам надати доступ до кокаїну протягом шести годин на добу, вони поступово збільшують натискання на кнопку — до стану фізичного виснаження і аж до смерті. Підвищене самовведення наркотиків за умови розширеного доступу (протягом шести годин) спостерігалося також у випадку з метамфетаміном(60), нікотином(61), героїном(62) й алкоголем(63). Тобто дослідження вказують на те, що кількість і тривалість вживання наркотиків мають значення. Окрім того, що більше наркотиків ми вживаємо й що довше це робимо, то більша ймовірність переходу до неконтрольованого вживання. Заразом дослідження Ахмеда й Коба свідчать про те, що досягти помірного вживання наркотиків можливо, навіть важких.

З іншого боку, деяким людям помірність не приносить користі й може мати зворотний ефект, сприяючи різкому збільшенню кількості вжитих наркотиків після періоду утримання. Таке явище інколи називають *ефектом порушення відмови*(64). Щури, які мають генетичну схильність до залежності, через 2–4 тижні утримання від алкоголю знову вживають його у великій кількості відразу ж після того, як отримують доступ, і відтоді продовжують зловживати алкоголем, ніби ніколи й не утримувалися від нього(65). Аналогічне явище спостерігали у щурів, яким давали висококалорійну їжу, після чого ті потрапляли в залежність від неї. Цей ефект слабший у щурів і мишей з меншою генетичною схильністю до компульсивного надспоживання. Дослідження над тваринами не дають відповіді на питання про причину такої поведінки. Вживання наркотиків у великій кількості після утримання це виняткова ознака наркотиків із високим вмістом калорій (типу їжі та алкоголю)? Може, воно не характерне для некалорійних наркотиків (наприклад, для кокаїну)? Чи, може, найголовніший чинник — це самі щури з генетичною схильністю до залежності.

Питання про те, як досягти помірності, набуває дедалі більшого значення, оскільки наркотики на зразок смартфонів (без яких ми, відверто кажучи, не можемо жити) стали невід’ємною частиною нашого життя.

Дофамінове голодування відновлює гомеостаз і здатність відчувати задоволення у різних проявах.




Коли я позбулася звички читати любовні романи, протягом перших декількох тижнів мене охоплював екзистенційний жах. Вечорами (коли я зазвичай вхопилася б за книжку чи скористалася іншим способом відволіктися), я лежала на канапі, склавши руки на животі, й намагалась розслабитися, але натомість відчувала повну безвихідь. Мене вразило те, що подібні, на перший погляд незначні, зміни у повсякденному житті викликають настільки сильну тривогу. Минали дні, я продовжувала дотримуватися цієї практики і згодом відчула, що психічні обмеження послаблюються, розкриваючи мою свідомість. Я почала розуміти, що мені уже не потрібно постійно відволікати себе від сьогодення, що я здатна жити у ньому й миритися з ним, а можливо, й спроможна отримати від нього дещо більше.

### 5. Простір, час і значення

Восени 2017 року, після року утримання від компульсивної статевої поведінки, у Джейкоба стався рецидив. Йому було тоді 65 років.

Тригером стала подорож до Східної Європи задля зустрічі з родиною, що ускладнювалась суперечками з колишньою дружиною й дітьми від першого шлюбу. Гроші… хто скільки отримає — стара пісня. Через два тижні подорожі брат і діти Джейкоба розгнівалися через те, що він не дав їм грошей, яких вони просили. Дружина розлютилася за те, що він узагалі розглядав можливість дати їм грошей. Джейкоб боявся когось розчарувати, тому ризикував розчарувати всіх.

Він написав мені з-за кордону, що з усіх сил намагається втриматися. У нього ще не сталося рецидиву, але він уже був близький до цього. Я дала Джейкобові кілька порад по телефону й сказала, щоб він прийшов до мене відразу ж після повернення додому.

Джейкоб прийшов до мого кабінету через тиждень після повернення, але було вже надто пізно.

— У мене знову виник потяг завдяки телевізору в номері готелю, — сказав він мені. — Я хотів подивитися відкритий чемпіонат США з тенісу. Лежав, перемикаючи канали, почуваючись пригніченим і розмірковуючи про свою родину, про дружину і про те, як усі розлютилися на мене. А потім побачив по телевізору оголену жінку. Поки я не почав дивитися телевізор, усе було досить добре. У мене не було непереборного бажання. Найбільшою помилкою виявилось те, що коли я увімкнув телевізор і почав думати про старі звички, сили зупинити ці думки вже не було.

— Що ж трапилося далі?

— У вівторок я повернувся додому. Не пішов на роботу. Залишився вдома, щоб дивитися ютюб. Подивився відео про розпис по тілу, про те, як люди розмальовують оголені тіла одне одного. У середу я більше не міг опиратися. Пішов у крамницю й придбав деталі, щоб знову зібрати свою машину.

— Електричну машину для стимуляції?

— Так, — сказав Джейкоб, уникаючи зустрічі зі мною поглядом. — Проблема у тому, що варто лише почати — і можна відчувати екстаз дуже довго. Це немов бути у трансі. І це таке полегшення! Я більше ні про що не думав. І займався цим безперервно двадцять годин поспіль. Це тривало протягом усієї середи, весь день і цілу ніч. У четвер уранці я викинув деталі машини у смітник й повернувся на роботу. У п’ятницю вранці знову дістав деталі, полагодив машину й застосовував її цілий день. Того ж дня ввечері зателефонував спонсорові, а в суботу пішов на збори анонімних сексоголіків. У неділю я знову дістав деталі зі смітника й скористався машиною. А в понеділок знову. Я хочу припинити це, але не можу. Що мені робити?

— Складіть машину й деталі в пакунок, — сказала я Джейкобові, — і покладіть це все до сміття. Потім винесіть сміття на звалище або в якесь інше місце, звідки ви не зможете його забрати. — Він кивнув головою з розумінням. — Коли у вас виникне думка чи нестримне бажання скористатися цією машиною, станьте на коліна й помоліться. Просто моліться. Благайте Бога допомогти вам, але робіть це, стоячи на колінах, це важливо.

Я звела воєдино буденне й метафізичне. На мій погляд, ніщо не було занадто незначним чи занадто важливим. Звісно, порадивши пацієнтові молитися, я порушила неписані правила. Лікарі не говорять про Бога. Але я вірю у віру, а інтуїція підказувала мені, що це знайде відгук у Джейкоба, якого виховали католиком. До того ж порада стати на коліна була способом додати до всього цього ритуалу дещо фізичне, що зруйнувало б компульсивне психічне прагнення, яке примушувало його застосовувати машину. А можливо, я запідозрила, що Джейкоб має глибшу потребу виявити покірність.

— Після молитви встаньте й зателефонуйте спонсорові, — сказала я йому. Він знову кивнув.

— І ще одне: пробачте себе, Джейкобе. Ви не погана людина. У вас є проблеми, як і у всіх нас.

* * *

Серед безлічі небезпек, що очікували гомерівського Одіссея на шляху додому після Троянської війни, найбільшою були сирени — напівжінки-напівптахи, чарівний спів яких звабдював мореплавців, і ті гинули на скелястих берегах ближніх островів. Мореплавець міг оминути сирен неушкодженим, лише не чуючи їхнього співу. Одіссей наказав своїм людям заліпити вуха воском, а себе прив’язати до щогли корабля і затягувати мотузку ще щільніше, якщо він благатиме відв’язати його або спробує вирватися на волю.

Самостримування — це спосіб, що допомагає нам охоче й свідомо створювати бар’єри між собою та улюбленим наркотиком, аби подолати компульсивне надспоживання(66). Самостримування не є насамперед питанням сили волі, хоча особиста агентивність відіграє певну роль. Навпаки, самостримування відверто визнає межі сили волі. Ключ до ефективного самостримування полягає у тому, щоб визнати втрату добровільності, яку ми переживаємо в муках непереборного потягу, а також у тому, щоб стримувати себе, коли ми ще здатні на свідомий вибір. Якщо дочекатися, коли з’явиться компульсивне бажання, тоді майже неможливо опиратися рефлексивному потягу до пошуку задоволення та (або) уникнення болю.

Самостримування стало необхідним елементом сучасного життя, хоч би про яку мету йшлося — утримання чи помірність. Зовнішні правила та інструменти впливу (наприклад, податки на тютюнові вироби, вікові обмеження на продаж алкогольних напоїв, а також закони, що забороняють зберігання кокаїну) необхідні, однак цього ніколи не буде достатньо у світі, де існує повсюдний і практично необмежений доступ до дедалі більшого різноманіття товарів, що стимулюють вироблення дофаміну.

Пацієнти протягом багатьох років розповідають мені про свої стратегії самостримування. З певного часу я почала їх навіть записувати. Зараз я спонукаю пацієнтів поміркувати про самостримування (якщо вони цього не робили раніше), запитуючи їх: «Які перешкоди ви можете застосувати, щоб вам було складніше отримати легкий доступ до улюбленого наркотику?». Я видозмінюю стратегії, про які дізнаюся від пацієнтів, щоб порадити їх іншим пацієнтам, як було з Джейкобом, котрому я порадила викинути свою машину у віддалений смітник, звідки він не міг би її згодом дістати. Мені й самій довелося застосовувати самостримування, щоб упоратися з проблемою компульсивного надспоживання.

Самостримування можна розділити на три великі категорії: фізичні стратегії (простір), хронологічні стратегії (час) і категорійні стратегії (значення). Далі ми довідаємось, що самостримування не діє безвідмовно, особливо у людей з важкою формою залежності. Крім того, воно може стати жертвою самообману, недобросовісності й хибної науки. Однак це хороший і необхідний початок.

### Фізичне самостримування

Одна з форм самостримування полягає у тому, щоб створити справжні фізичні перешкоди та (або) географічну відстань між собою та улюбленим наркотиком. Ось деякі приклади, про які розповіли мені пацієнти: «я відімкнув телевізор й відніс його в комірчину»; «я сховав ігрову консоль у гаражі»; «я не користуюся кредитними картками, лише готівкою»; «я заздалегідь телефоную в готелі й прошу винести мінібар»; «я

заздалегідь телефоную в готелі й прошу винести мінібар *і* телевізор»; «я зберігаю iPad в індивідуальному банківському сейфі в Bank of America».

Мій пацієнт Оскар — огрядний чоловік років за сімдесят — має науковий тип мислення, низький голос і настільки схильний розмовляти монологами, що перетворив групову терапію на хаос, через що йому й довелося її покинути. В Оскара була звичка вживати забагато алкоголю, працюючи в кабінеті, майструючи в гаражі та пораючись у садку. Шляхом спроб і помилок він з’ясував, що для запобігання подібній поведінці він повинен позбутися всього алкоголю в домі. Будь-який алкогольний напій, принесений у будинок, необхідно було замкнути у шафі, ключ від якої був лише у дружини. Завдяки цьому методові Оскар зміг протягом багатьох років успішно утримуватися від алкоголю.

Засоби фізичного самостримування можна придбати також у місцевій аптеці. Замість того щоб замикати наркотик у шафі, ми маємо можливість застосовувати замки на клітинному рівні. Препарат налтрексон призначений для лікування алкогольної та опіоїдної залежності, а також використовується для подолання багатьох інших форм залежності — від азартних ігор до переїдання й шопінгу. Налтрексон блокує опіоїдні рецептори, що натомість зменшує підкріплювальний ефект різних моделей поведінки, які забезпечують винагороду при посередництві ендогенної опіоїдної системи мозку. У мене були пацієнти, котрі розповідали про повне зникнення потягу до алкоголю завдяки налтрексонові. Для людей, які роками боролися з цією проблемою, здатність зовсім не пити алкоголь або вживати його в помірній кількості, як «нормальні люди», стає одкровенням.

Оскільки налтрексон блокує ендогенну опіоїдну систему, виникає слушне питання про те, чи може цей препарат спричинити депресію. Достовірних даних щодо цього немає, однак у мене бувають пацієнти, за словами яких налтрексон послаблює задоволення. Один пацієнт сказав мені: «Налтрексон допомагає мені не пити алкоголь, але також я не отримую, як раніше, задоволення від бекону чи від гарячого душу і більше не відчуваю ейфорії бігуна». Ми знайшли спосіб вирішити проблему таким чином: цей пацієнт почав приймати налтрексон за пів години до виникнення ситуації, що могла б спровокувати у нього потяг до алкоголю, наприклад, у години знижок на алкогольні напої. Таке застосування налтрексону відповідно до потреби дало можливість цьому чоловікові вживати алкоголь у помірній кількості, а також насолоджуватися беконом(67).

Улітку 2014 року ми зі студенткою Ніу Ніу поїхали у Китай, щоб поспілкуватися з людьми, які зверталися по допомогу в лікуванні залежності від героїну в «Нову клініку». Ця клініка є добровільною недержавною лікарнею, розташованою у Пекіні, і спеціалізується на лікуванні залежності(68). Ми поговорили з 38-річним чоловіком, котрий розповів про те, що напередодні лікування у «Новій клініці» йому зробили «операцію від наркоманії». Подібна «операція» полягала у тому, що йому ввели налтрексоновий імплант довготривалої дії, заблокувавши вплив героїну.

«У 2007 році, — сказав цей чоловік, — я вирушив в Ухань на операцію. Поїхати туди мене примусили батьки, які й заплатили за операцію. Я не знаю, що саме зробили хірурги, але можу вам зізнатися, що це не спрацювало. Після операції я продовжував колоти собі героїн. Я більше нічого не відчував, однак продовжував колотися, оскільки це була моя звичка. Протягом наступних шести місяців я коловся щодня, нічого не відчуваючи. Я не збирався кидати, адже у мене були гроші, щоб купувати героїн. Через

пів року відчуття повернулося. Тож я звернувся сюди, сподіваючись, що тут для мене знайдеться якесь нове й краще рішення».

Без глибокого розуміння, усвідомлення й готовності змінити поведінку одна лише фармакотерапія навряд чи буде успішною.

Дисульфірам — ще один препарат, який застосовується для лікування алкогольної залежності. Дисульфірам порушує метаболізм алкоголю, що призводить до накопичення ацетальдегіду, котрий, зі свого боку, викликає сильну реакцію почервоніння шкіри, нудоту, блювоту, підвищення тиску та загальну слабкість. Щоденне приймання дисульфіраму — це ефективний засіб стримування для тих, хто намагається відмовитися від алкоголю, особливо для людей, які прокидаються вранці, твердо вирішивши не пити, але під вечір втрачають рішучість. Виявляється, сила волі не є невичерпним ресурсом людини. Вона схожа на тренування м'язів: що більше ми її використовуємо, то більше вона виснажується. Один пацієнт зазначив: «Коли я приймаю дисульфірам, протягом дня мені потрібно наважитись не пити лише раз. Я не мушу вирішувати цілий день».

Деякі люди, найчастіше мешканці Східної Азії, мають генетичну мутацію, через яку реагують на алкоголь немов під дією дисульфіраму, але без приймання препарату(69). У минулому серед таких людей був нижчий рівень алкогольної залежності. Варто зазначити, що за останні десятиліття збільшення споживання алкоголю у країнах Східної Азії призвело до підвищення рівня алкоголізму навіть у цій, раніше захищеній групі. Зараз науковці виявляють, що люди з подібною мутацією, котрі вживають алкогольні напої, мають більший ризик розвитку раку під впливом алкоголю.

До інших сучасних методів фізичного самостримування належать анатомічні зміни у тілі людини, зокрема операції з метою зменшення ваги на кшталт бандажування, рукавної резекції та шлункового шунтування. Такі операції допомагають сформувати менший шлунок та (або) обхідний шлях навколо частини кишківника, де всмоктуються поживні речовини. Під час бандажування на шлунок накладається фізичне кільце, яке робить його меншим без видалення частини шлунка чи тонкого кишківника. Рукавна резекція шлунка полягає у видаленні частини шлунка з метою зменшення його розміру. Під час операції із шунтування тонку кишку пускають навколо шлунка й дванадцятипалої кишки, де всмоктуються поживні речовини.

У 2014 році моя пацієнтка Емілі зробила операцію зі шлункового шунтування, що дало їй змогу схуднути зі 113 до 52 кілограмів протягом року. Жоден з методів втручання (а вона спробувала всі можливі) не допомагав їй скинути вагу. І це стосувалося не лише Емілі. Операції з метою зменшення ваги — це ефективний метод боротьби з ожирінням, особливо коли інші засоби виявляються невдалими. Проте подібні операції також мають непередбачувані наслідки.

У кожного четвертого пацієнта, якому зробили операцію зі шлункового шунтування, виникає нова проблема — з алкогольною залежністю(70). Після операції Емілі, наприклад, також почала зловживати алкоголем. Більшість людей з ожирінням мають харчову залежність, котру не можна подолати лише за допомогою хірургічної операції. Мало хто з прооперованих отримує ще й поведінкове та психологічне втручання, необхідне для того, щоб змінити харчові звички. Саме тому чимала кількість таких людей знову починає неправильно харчуватися, розтягуючи зменшений шлунок, а це, зрештою,

спричиняє медичні ускладнення, через які виникає потреба у повторній операції. Коли більше не можна зловживати їжею, багато хто переходить на інший наркотик — алкоголь.

Окрім того, хірургічне втручання змінює процес засвоєння алкоголю, підвищуючи швидкість усмоктування. Відсутність шлунка нормального розміру означає, що алкоголь майже миттєво всмоктується у кров, уникаючи пресистемного метаболізму, що зазвичай відбувається у шлунку. Внаслідок цього пацієнти швидше п’яніють і довше залишаються у цьому стані під впливом меншої кількості алкоголю — це схоже на внутрішньовенне введення алкоголю.

Ми можемо і маємо віддати належне медичному втручанню, яке здатне покращити здоров’я багатьох людей. Однак той факт, що нам доводиться вдаватися до видалення й зміни форми внутрішніх органів, щоб привести їх у відповідність із кількістю харчових продуктів, відображає переломний момент в історії людського споживання.

* * *

У деяких випадках фізичний бар’єр наче кидає виклик людині. Розгадування загадки про те, як подолати перешкоду на шляху до наркотику, лише посилює його привабливість.

Мій пацієнт Арнольд десятки років зловживав алкоголем, а після того, як у нього стався інсульт і він втратив частину функцій лобової частки мозку, ця проблема ще більше загострилася. Тепер Арнольдові за сімдесят, і кардіолог сказав, що він повинен припинити пиячити, бо помре. Ставки були дуже високі. Я призначила йому дисульфірам — препарат, від якого починає нудити, якщо вживати при цьому алкоголь. Аби впевнитися, що Арнольд справді прийняв препарат, його дружина щоранку давала йому таблетки, перевіряючи, чи він їх проковтнув.

Одного разу, коли дружини не було вдома, Арнольд дістався до магазину алкогольних напоїв, придбав пляшку віскі й випив її. Коли дружина повернулася додому й знайшла його п’яним, її найбільше спантеличило те, що дисульфірам не спричинив у нього нудоти. Арнольд сп’янів, але йому не було зле. Через день він зізнався. Протягом попередніх трьох днів він не ковтав пігулки, а ховав їх на місці відсутнього зуба.

Мабуть, ви пам’ятаєте мого пацієнта Оскара, якому вдалося утримуватися від алкоголю, прибравши його з дому або сховавши під замок. Якось дружина Оскара, збираючись поїхати з міста, замкнула пляшку дорогого вина у шафі й взяла ключі із собою. Протягом першого вечора після від’їзду дружини Оскар почав думати про пляшку вина, котра, як йому було відомо, стояла у шафі. Ця думка увірвалась в його свідомість, немов щось матеріальне. Це не викликало болю, лише дратувало. «Якщо я піду й лише зазирну, аби переконатися, що пляшка замкнена, тоді припиню думати про неї», — сказав він собі.

Оскар зайшов у кабінет дружини й потягнув шухляду. На його подив, вона відчинилася десь на сантиметр, і він побачив, що пляшка стоїть між теками. Щілина була недостатньо широкою, щоб дістати пляшку, але було добре видно дратівливо недосяжний корок. Оскар цілу хвилину не рухався, вдивляючись у темряву шухляди й розмірковуючи про

пляшку. Одна його частина хотіла закрити шухляду, а інша не здатна була припинити розглядати пляшку. А потім у мозку Оскара ніби щось клацнуло — і він почав діяти. Щодуху побіг у гараж за скринькою з інструментами. Узявшись до роботи, Оскар намагався відімкнути замок і відчинити шухляду всіма можливими інструментами. Він працював надзвичайно зосереджено й був сповнений рішучості.

Проте Оскарові нічого не вдавалось. Жоден інструмент не міг відкрити замок. Відтак рішення спало йому на думку настільки раптово, немов вузол розв’язався. *Ну звичайно! Чому ж він не подумав про це раніше*? *Це було очевидно.* Оскар сів. Тепер не потрібно було поспішати. Мета вже досягнута. Він спокійно склав усі інструменти, крім одного — плоскогубців з довгими ручками. Оскар відкоркував пляшку за допомогою плоскогубців, поклав корок й інструмент на стіл і пішов на кухню, щоб узяти єдине, що йому тепер було потрібно, — довгу соломинку.

У тих випадках, коли шафка Оскара зазнає невдачі, свою справу роблять нові пристрої на кшталт кухонного сейфу Kitchen Safe. Він має розмір хлібниці, виготовлений з непроникного прозорого пластику, і в ньому можна тримати все — від печива до смартфонів та опіоїдних препаратів. Повернувши диск, можна ввімкнути таймер і замкнути сейф. Щойно таймер установлено, неможливо відімкнути замок чи пробити прозорий пластик, поки не вичерпається зазначений на таймері час.

Коли людина переживає муки непереборного бажання, їй не під силу щось вирішувати. Створюючи фізичні перешкоди між собою й улюбленим наркотиком, ми натискаємо кнопку паузи між бажанням і дією. Від сейфів, що обмежують доступ, до препаратів, які блокують опіоїдні рецептори, та хірургічного втручання з метою зменшення розміру шлунка — фізичне самостримування у сучасному житті існує повсюди. Це свідчить про посилення потреби у тому, щоб узяти дофамін під контроль.

У моєму випадку, коли книжки можна було отримати одним клацанням миші, я часто затримувалася у світі фантазій довше, ніж мені хотілося чи це було для мене корисним. Я позбавилася свого Kindle, а разом з ним і легкого доступу до невичерпного потоку еротичних романів, котрі можна було завантажувати. Завдяки цьому мені стало легше вгамовувати схильність занурюватися у солодкі вигадки. Така проста справа, як необхідність піти в бібліотеку чи книжковий магазин, створила корисний бар’єр між мною й моїм улюбленим наркотиком.

### Хронологічне самостримування

Проблему дофаміну й часу ускладнює те, що у нас є вдосталь і того, й іншого. Механізація сільського господарства, промислового виробництва, хатньої роботи й багатьох інших видів діяльності, що у минулому вимагали багато часу й сил, скоротила кількість годин, котрі щодня витрачалися на роботу, та надала більше вільного часу(71). У США напередодні Громадянської війни 1861–1865 років тривалість типового робочого дня робітника становила 10–12 годин, 6 з половиною днів на тиждень, 51 тиждень на рік, тоді як на дозвілля припадало не більш ніж 2 години на день. Деякі робітники, найчастіше жінки-іммігрантки, працювали по 13 годин на день, 6 днів на тиждень. Інші працювали практично в умовах рабства.

У 1965–2003 роках у США кількість вільного часу збільшилася до 5,1 години на тиждень, тобто 270 додаткових годин дозвілля на рік. За деякими підрахунками, до 2040 року кількість вільного часу протягом звичайного дня у США становитиме 7,2 години, а робота займатиме лише 3,8 години. В інших країнах з високим рівнем доходів ці показники є аналогічними.

У Сполучених Штатах вільний час залежить від рівня освіти й соціально-економічного статусу, проте дещо інакшим способом, ніж ви собі уявляєте(72). У 1965 році люди як з нижчим, так і з вищим рівнем освіти мали приблизно однакову кількість вільного часу(73). Зараз дорослі мешканці США без вищої освіти мають на 42 % більше вільного часу, ніж дорослі зі ступенем бакалавра або вище, при цьому дозвілля максимально відрізняється саме у робочі дні. Головним чином це пояснюється тим, що серед людей без вищої освіти більше безробітних.

Додатковий вільний час у поєднанні з небаченим рівнем наявного доходу (навіть у бідних верств населення) та повсюдним доступом до дофаміну наражає усіх нас на ризик компульсивного надспоживання.

Письменник Ерік Іанеллі коротко виклав свою історію залежності так:

Багато років тому, немов у минулому житті, один друг сказав мені: «Усе твоє існування можна звести до циклу, що складається з трьох частин. Перше — відірватися. Друге — напартачити. Третє — усунути наслідки». Ми були знайомі не так уже й давно, місяці зо два, проте він уже побачив достатньо моєї пиятики з провалами пам’яті, що були одними з найочевидніших проявів безкінечного виру моєї залежності, щоб отримати мій номер. Похмуро всміхаючись, він почав розвивати загальну гіпотезу (підозрюю, лише напівжартома) стосовно того, що люди із залежністю — це знуджені або розчаровані особи, котрі люблять розв’язувати проблеми й інстинктивно створюють ситуації в стилі Гудіні, аби виплутуватися з них, якщо раптом у їхньому житті не виникає інших труднощів. Наркотик стає для них винагородою за умови успіху та втішним призом у разі невдачі(74).

Молодь особливо уразлива до наркоманії й алкоголізму, а сучасні відеоігри представляють собою ще одну привабливу форму дофаміну. Економіст Марк Аґіар та його колеги писали: «Люди молодшого віку (21–30 років) продемонстрували більше скорочення робочих годин за останніх півтора десятиліття порівняно зі старшими чоловіками й жінками. Дані про використання часу вказують на те, що починаючи з 2004 року молодші люди помітно змістили своє дозвілля на користь відеоігор та інших комп’ютерних розваг»(75).

Попри всі ці труднощі ми можемо виграшно використовувати власний час, обмежуючи споживання певним проміжком доби, тижня, місяця чи року. Наприклад, можна сказати собі, що вдаватися до вживання улюбленого наркотику можна лише у святкові дні, тільки по вихідних, ні в якому разі до четверга, ніколи до п’ятої години вечора тощо. Іноді для самостримування замість часу можна застосовувати певні етапи чи досягнення. Скажімо, можна чекати до дня народження або до кінця роботи над певним завданням, чи до отримання диплома, чи до підвищення. Коли час вийшов або коли ми перетнули встановлену нами самими фінішну лінію, наркотик стає нашою винагородою.

Відстеження кількості часу, який ми витрачаємо на вживання наркотику (скажімо, хронометраж використання смартфона), — це ще один спосіб визначити рівень споживання й завдяки цьому знизити його.

Одна з найбільших перешкод для використання часу як стратегії самостримування полягає у тому, що вживання продуктів, які стимулюють вироблення дофаміну, позначається на здатності відкладати задоволення. Дисконтування затримки вказує на той факт, що цінність винагороди зменшується, що довше нам доводиться її чекати. Зокрема, більшість із нас хотіла б отримати 20 доларів зараз, а не через рік. Наша схильність цінувати короткострокові винагороди більше, ніж довгострокові, може залежати від багатьох чинників, один з яких — застосування адиктивних препаратів та моделей поведінки.

Фахівчиня з поведінкової економіки Анне Ліне Бреттевілль-Йенсен та її колеги дослідили дисконтування серед активних споживачів героїну та амфетаміну порівняно з колишніми наркоманами й представниками контрольної групи такої ж статі, віку, рівня освіти тощо. Дослідники запропонували учасникам уявити собі, що вони виграли у лотерею 100 тисяч норвезьких крон (приблизно 14 600 американських доларів)(76). Далі вони запитали у піддослідних, який варіант розвитку подій вони обрали б: отримати менше грошей (менш ніж 100 тисяч норвезьких крон) негайно чи всю суму через тиждень. Тоді 20 % активних наркоманів відповіли, що хотіли б отримати гроші негайно, згодившись на меншу суму. На втрату коштів погодились лише 4 % колишніх наркоманів і 2 % учасників контрольної групи.

Курці є більш схильними дисконтувати грошові винагороди (тобто вони цінують такі винагороди менше, якщо їм доводиться довше чекати) порівняно з учасниками контрольної групи(77). Що більше вони палять й що більше нікотину вживають, то більше недооцінюють майбутні винагороди. Ці висновки стосуються як гіпотетичних, так і реальних грошей.

Час здатен дивним чином тікати від нас, коли ми полюємо на дофамін. Один пацієнт розповів мені, що під час вживання метамфетаміну він переконав себе в тому, що час не враховується. Йому здавалося, що згодом він може знову зшити його — і ніхто навіть не зрозуміє, що частина часу пропала. Я уявила собі, як цей пацієнт (великий, немов ціле сузір’я) літає у нічному небі, зашиваючи діру у Всесвіті.

Дослідник залежності Воррен Бікел та його колеги запропонували людям із залежністю від опіоїдів та здоровим учасникам контрольної групи завершити історію, що починалася з таких слів: «Прокинувшись, Білл почав думати про майбутнє. Загалом, він сподівався…». Піддослідні із залежністю від опіоїдів говорили про майбутнє, що охоплювало в середньому 9 днів. Здорові учасники контрольної групи планували майбутнє в середньому на 4,7 року. Ця разюча різниця вказує на те, як звужуються горизонти часу, коли ми перебуваємо під впливом наркотику(78).

Навпаки, коли я запитую пацієнтів, під впливом якого вирішального моменту вони спробували стати на шлях одужання, їхні відповіді відображають перспективне бачення часу, як було і з Делайлою, коли я запитала її про відмову від вживання канабісу. Один пацієнт, котрий протягом року нюхав героїн, сказав мені: «Раптом я збагнув, що вживаю героїн цілий рік, і подумав: якщо не припиню зараз, то робитиму це все своє життя».

Роздуми про весь життєвий шлях, а не лише про поточний момент, дали змогу цьому юнакові ретельніше проаналізувати свої повсякденні звички.

У насиченій дофаміном екосистемі нашого часу ми налаштовані на негайне задоволення бажань. Ми хочемо щось купити — і наступного дня воно з'являється у нас на порозі. Ми хочемо щось дізнатися — і за секунду відповідь виникає у нас на екрані. Можливо, ми втрачаємо здатність самостійно розбиратися в усьому? Чи може відчуваємо розчарування, шукаючи відповідь або чекаючи бажаного?

Нейробіолог Семюел Макклур та його колеги дослідили, які саме ділянки мозку задіяні у процесі вибору негайної або відкладеної винагороди(79). Вони з'ясували, що вибір негайної винагороди активував ті ділянки мозку піддослідних, котрі відповідають за обробку емоцій і винагороди. Вибір відкладеної винагороди призводив до активації префронтальної кори піддослідних — ділянки, що бере участь у процесі планування й абстрактного мислення. Можливо, через те, що шлях винагороди стає головною рушійною силою нашого життя, всім нам загрожує атрофія префронтальної кори?

Споживання продуктів, що стимулюють вироблення дофаміну, не є єдиним чинником, який впливає на дисконтування затримки. Люди з бідного соціального середовища, яким нагадують про їхню смертність, більше цінують негайну, а не відкладену винагороду порівняно з людьми, які зростали у багатому соціальному середовищі й також замислюються про власну смертність. Молоді бразильці, котрі мешкають у фавелах (міських нетрях), більше дисконтують майбутні винагороди, ніж студенти університетів того ж віку(80). Тож чи дивно, що бідність є чинником ризику виникнення залежності, особливо у світі, де існує легкий доступ до дешевого дофаміну?

Коли я вперше зустрілася з Мухаммедом, він був справжньою рікою слів. Його язик ледь устигав за мозком, що кипів ідеями.

— Гадаю, у мене невелика проблема із залежністю, — сказав Мухаммед. Він одразу мені сподобався.

Бездоганною англійською мовою з легким близькосхідним акцентом Мухаммед розповів мені свою історію.

У 2007 році він приїхав у США із Близького Сходу, щоб вивчати математику й інженерну справу. У рідній країні вживання будь-яких наркотиків могло бути суворо покаране. Прибувши до Сполучених Штатів, Мухаммед отримав достатню свободу дій, аби без побоювань використовувати наркотики для розваги. Спочатку він вживав наркотики й алкоголь лише по вихідних, однак через рік уже щодня курив канабіс та розумів, що це негативно позначається на його оцінках і дружніх стосунках.

Тоді Мухаммед сказав собі: «Не буду палити, поки не отримаю ступінь бакалавра, не вступлю до магістерської програми й не отримаю фінансування на ступінь доктора наук». Вірний своїй обіцянці, він не курив, поки не отримав ступінь магістра з машинобудування у Стенфордському університеті й не отримав фінансування на ступінь доктора наук. Знову почавши палити, Мухаммед дав обітницю робити це лише під час вихідних. Через рік докторської програми він курив щодня, а до кінця другого року встановив для себе нове правило: «Цигарки на 10 міліграмів під час роботи, 30

міліграмів, коли не працюю, і 300 міліграмів лише в особливих випадках — щоб відірватися по-справжньому».

Мухаммед не склав кваліфікаційного іспиту для отримання ступеня доктора наук. Він спробував скласти цей іспит удруге й знову зазнав невдачі. Його ледве не виключили з програми, проте йому вдалося умовити викладачів дати йому останній шанс.

Навесні 2015 року Мухаммед твердо вирішив відмовитися від куріння, поки не складе кваліфікаційного іспиту, хоч скільки б часу це тривало. Протягом наступного року він утримувався від канабісу й працював більше, ніж до цього. Його підсумкова доповідь займала 100 сторінок.

— Це був один з найпозитивніших і найпродуктивніших років за все моє життя, — сказав він мені.

Того року Мухаммед склав кваліфікаційний іспит. Увечері після іспиту друг приніс йому канабіс, щоб відсвяткувати. Спочатку Мухаммед відмовився. Але його друг сказав: «Такий розумний хлопець, як ти, в жодному разі не може потрапити у залежність».

«Лише один раз, — сказав собі Мухаммед, — а потім ніякої марихуани до випуску».

У понеділок «ніякої марихуани до випуску» перетворилося на «ніякої марихуани у ті дні, коли у мене заняття», а далі на «ніякої марихуани в ті дні, коли у мене заняття з важких предметів», «ніякої марихуани у ті дні, коли у мене іспити», «ніякої марихуани до дев’ятої ранку».

Мухаммед справді був розумним. То чому ж він не міг усвідомити, що після кожної випаленої цигарки його здатність дотримуватися встановлених ним часових обмежень слабшає? Адже коли він починав вживати канабіс, ним керував уже не розум, а терези «задоволення—біль». Навіть одна цигарка створювала стан нестримного бажання, на який було нелегко вплинути логікою. Під дією цього бажання Мухаммед більше не здатен був об’єктивно оцінювати негайну винагороду від паління порівняно з довгостроковими наслідками. Дисконтування затримки правило його світом.

У випадку Мухаммеда хронологічне самостримування не діяло, а помірне вживання канабісу навряд чи взагалі було можливе. Він мусив знайти інший спосіб — і зрештою зробив це.

### Категорійне самостримування

Джейкоб знову прийшов до мене через сім днів після рецидиву. Він утримувався цілий тиждень. Він викинув свою машину у сміття, котре мали вивезти того ж дня. Також він сховав ноутбук і планшет. Уперше за багато років Джейкоб пішов у церкву, де молився за свою родину.

— Не думати про себе та свої проблеми — це була зміна на краще. Крім того, я припинив засуджувати себе. Моя історія сумна, але я можу з цим щось зробити.

Джейкоб зробив паузу.

— Утім, я погано почуваюся, — сказав він. — Я бачуся з вами у понеділок, а до п’ятниці вже думаю про самогубство. Але я знаю, що не зроблю цього.

— Це погіршення обумовлене відмовою від старих звичок, — сказала я. — Нехай ці почуття здіймаються над вами, немов хвилі. Будьте терплячим — і з часом ваше самопочуття покращиться.

Протягом наступних місяців і тижнів Джейкоб зміг утримуватися, не лише обмежуючи доступ до порнографії, чатів та приладів TENS, а й уникаючи «будь-якої форми пристрасних бажань». Він припинив дивитися телевізор, фільми, ютюб, жіночий волейбол — практично все, що було для нього джерелом сексуально провокаційних образів. Джейкоб пропускав деякі новини, наприклад, статті про Стормі Деніелс — стриптизерку, яка нібито була коханкою Дональда Трампа. Вранці він одягав шорти, перш ніж голитися перед дзеркалом. Бачити себе оголеним — теж було для нього тригером.

— Я довго грався зі своїм тілом. Більше мені не можна цього робити, — сказав Джейкоб. — Я повинен уникати усього, що може розважати мій залежний розум.

Категорійне самостримування обмежує споживання відповідного наркотику завдяки поділу дофаміну на різні категорії: те, що ми можемо дозволити собі споживати, і те, що не можемо. Подібний підхід допомагає уникати не лише власне наркотику, а й тригерів, котрі викликають непереборне бажання його вжити. Ця стратегія особливо корисна щодо тих речей (їжа, секс, смартфон), від яких не можна відмовитися повністю, але які можна застосовувати так, щоб це не шкодило здоров’ю.

Мій пацієнт Мітч мав залежність від ставок на спорт. До того часу, коли йому виповнилося 40 років, він втратив на азартних іграх мільйон доларів. Членство в організації «Анонімні гравці» стало важливою частиною його одужання. Завдяки цій спільноті Мітч дізнався, що мусить не лише уникати ставок на спорт — йому не можна також дивитися спортивні передачі по телебаченню, читати спортивну сторінку в газетах, відвідувати спортивні сайти та слухати спортивні радіопередачі. Він зателефонував у всі казино свого району й попросив внести його у список небажаних відвідувачів.

У накладенні заборони на самого себе є щось трагічне й зворушливе. Уникаючи інших речовин і моделей поведінки, крім улюбленого наркотику, Мітч зміг скористатися категорійним самостримуванням, аби знизити ризик повернення до ставок на спорт.

Приховування оголеного тіла (свого й чужого) було важливою частиною одужання Джейкоба. Прикривання тіла як спосіб звести до мінімуму ризик заборонених статевих зносин здавна був частиною багатьох культурних традицій, що зберігаються й досі. Ось що каже Коран про жіночу добропорядність: «Скажіть віруючим жінкам, щоб вони відводили погляд та ховали наготу... і нехай вони закривають шалями груди, не виставляючи напоказ свою красу»(81). Церква Ісуса Христа Святих останніх днів оприлюднила офіційні вимоги щодо скромного вбрання членів церкви, зокрема не

радячи носити «короткі шорти й короткі спідниці, сорочки, що не прикривають живіт, а також одяг, що не закриває плечі або ж має глибокі вирізи спереду або ззаду»(82).

Категорійне самостримування не діє, якщо ми ненавмисно включаємо тригер у список прийнятних моделей поведінки. Такі помилки можна виправити шляхом розумового відсіювання на основі досвіду. Але що робити, коли змінюється сама категорія?

Давня американська традиція дотримання різноманітних дієт (наприклад, вегетаріанської, веганської, сироїдіння, безглютенової, дієти Аткінса, дієти «Зона», кетогенної, палеолітичної, грейпфрутової тощо) — це лише один з багатьох прикладів категорійного самостримування. Ми дотримуємося дієт з різних причин: медичних, етичних чи релігійних. Однак хоч би якою була причина, кінцева мета полягає у тому, аби обмежити доступ до певних категорій продуктів, що, зі свого боку, обмежує споживання.

Проте дієта як одна з форм категорійного самостримування опиняється під загрозою, коли з часом, під впливом ринкових сил змінюється сама категорія. Понад 15 % американських родин використовують безглютенові продукти(83). Деякі люди дотримуються безглютенової дієти через целіакію — аутоімунне захворювання, за наявності якого споживання глютену призводить до ушкодження тонкого кишківника. Дедалі більше людей дотримуються безглютенової дієти, тому що це допомагає їм обмежити споживання висококалорійних вуглеводів, котрі мають низьку поживну цінність. Тож у чому проблема? У 2008‒2010 роках на ринку США з’явилось приблизно 3 тисячі нових безглютенових перекусів. Крім того, сьогодні хлібобулочні вироби є найприбутковішою категорією фасованих товарів на ринку безглютенових продуктів. У 2020 році вартість безглютенової продукції лише в США становила 10,3 мільйона доларів.

Безглютенова дієта, яка в минулому ефективно обмежувала споживання висококалорійних оброблених продуктів на зразок тістечок, печива, крекерів, пластівців, макаронів та піци, вже не виконує цього завдання. Для тих, хто застосовував безглютенову дієту, аби виключити з раціону саме глютен, це може бути хорошою новиною. Однак людям, котрі використовували безглютенові продукти, щоб обмежити вживання хліба, тістечок і печива, ця категорія більше не дає можливості досягти мети.

Еволюція безглютенової дієти ілюструє те, як спроби контролювати споживання відразу наражаються на протидію з боку сучасних ринкових сил — черговий приклад проблем, властивих дофаміновій економіці.

Ще одна стратегія застосування категорій для того, щоб обмежити споживання — возвеличити демонізоване.

З доісторичних часів люди зараховували психотропні наркотики до числа сакральних засобів, що повинні використовуватися під час релігійних церемоній, обрядів посвячення чи як ліки. У цьому контексті призначати подібні засоби могли лише священники, шамани та інші особи, котрі отримали спеціальну підготовку або наділені певними повноваженнями.

Протягом більш ніж 7 тисяч років галюциногени, відомі також як психоделіки (чарівні гриби, аяуаска, пейот), мали обрядове застосування у різних культурах. Проте у 1960-х

галюциногени набули значного поширення й стали популярними серед учасників руху контркультури як рекреаційні наркотики. Відтоді шкода, якої завдають такі засоби, збільшилася у безліч разів, унаслідок чого наркотик LSD заборонили у більшості країн світу.

У наш час виник рух на користь повернення до застосування галюциногенів та інших психоделіків, але тільки у псевдосакральному контексті психотерапії з використанням психоделічних препаратів. Зараз психіатри й психологи, котрі мають спеціальну підготовку, призначають галюциногени та інші сильнодійні психотропні засоби (як-от псилоцибін, кетамін, екстезі) для лікування психічних розладів. Призначення обмеженої кількості доз (1–3 дози) психоделіків у поєднанні з великою кількістю сеансів психотерапії протягом багатьох тижнів стало сучасним еквівалентом шаманізму. Є сподівання на те, що якщо обмежити доступ до цих наркотиків, зробивши психіатрів при цьому своєрідними вартовими, то можна буде використовувати «містичні» властивості відповідних хімічних речовин (їхню здатність викликати відчуття єдності, трансцендентності часу, позитивного настрою й благоговіння) таким чином, щоб це не призводило до неправильного чи надмірного вживання або ж до вживання, що спричиняє залежність.

Утім, декому не потрібен ні шаман, ні психіатр, аби надати улюбленому наркотикові сакрального значення. Під час відомого так званого стенфордського зефірного експерименту принаймні одна дитина спромоглася зробити це самотужки(84).

Стенфордський зефірний експеримент — це низка досліджень, проведених психологом Волтером Мішелем у кінці 1960-х у Стенфордському університеті з метою вивчення відкладеного задоволення. Дітям віком 3–6 років пропонували зробити вибір між одною невеликою винагородою, отриманою негайно (скажімо, один шматочок зефіру), і двома маленькими винагородами (наприклад, два шматочки зефіру), якщо дитина зможе зачекати приблизно 15 хвилин (за відсутності дослідника), не з'ївши перший шматочок. Дослідники викладали зефір на тарілку, що стояла на столі в кімнаті, де не було більше нічого, що б відвертало увагу — ні іграшок, ні інших дітей.

Мета дослідження полягала у тому, щоб визначити, коли у дітей розвивається здатність відкладати задоволення. Подальші дослідження були присвячені вивченню того, чого досягли в реальному житті діти, здатні відкладати задоволення.

Дослідники з'ясували, що приблизно зі 100 дітей третина протрималася достатньо довго, щоб отримати другий шматочок зефіру. Вік був головним визначальним чинником: що старшою була дитина, то більше вона була здатна відкладати задоволення. Під час подальших досліджень було встановлено, що діти, які змогли дочекатися другого шматочка зефіру, зазвичай отримували кращі результати відбіркових тестів, здобували вищий рівень освіти й загалом ставали більш когнітивно й соціально пристосованими дорослими людьми.

Одна деталь цього експерименту не є загальновідомою — що ж саме робили діти протягом тих 15 хвилин, коли щосили намагалися не з'їсти перший шматочок зефіру. Спостереження дослідників свідчать про те, що деякі діти продемонстрували приклади справжнього самостримування: вони «затуляли очі руками або розверталися так, щоб не бачити солодощі ... інші починали штовхати стіл, смикати себе за коси або погладжувати

зефір, ніби це була маленька м’яка іграшка»(85). Заплющити очі й відвернутися — нагадує фізичне самостримування. Смикання себе за волосся — використання фізичного болю для відволікання уваги (згодом я детально зупинюся на цьому). Але як щодо погладжування зефіру? Замість того щоб відвернутися від об’єкта своїх бажань, дитина робила його своїм улюбленцем, тобто чимось надто цінним, щоб його з’їсти чи принаймні з’їсти імпульсивно.

Моя пацієнтка Жасмін звернулася до мене по допомогу у боротьбі зі зловживанням алкоголем (до 10 банок пива щодня). У межах лікування я порадила їй прибрати весь алкоголь з дому, застосувавши стратегію самостримування. Вона переважно дослухалася до моєї поради, крім одного-єдиного: позбулася всього алкоголю за винятком однієї банки пива, котру залишила у холодильнику. Жасмін назвала цю банку пива своїм тотемом, вважаючи її символом власного рішення не пити, уособленням її сили волі й здатності керувати собою. Вона сказала собі, що їй потрібно зосередитися лише на тому, щоб не пити саме це пиво, а не на складному завданні утримуватися від будь-якого пива з величезного асортименту, наявного у цілому світі. Цей метакогнітивний трюк (перетворення джерела спокуси у символ самовладання) допоміг Жасмін відмовитися від алкоголю.

Через пів року після другої спроби одужання я зустрілася з Джейкобом у приймальні. Минуло декілька місяців відтоді, як я познайомилася з ним. Поглянувши на Джейкоба, я відразу ж зрозуміла, що у нього все гаразд. Це було помітно по тому, як йому пасував одяг, як цей одяг сидів на ньому. Однак справа була не лише в одязі. Джейкобова шкіра також мала гарний вигляд — так буває, коли людина відчуває зв’язок із собою й зі світом.

Навряд чи ви знайдете щось подібне у підручнику з психіатрії. Я просто помітила це за десятки років роботи з пацієнтами: коли людям стає краще, все сплітається воєдино й набуває правильності. Того дня Джейкобові була властива така правильність.

— Дружина повернулася у моє життя, — сказав він якось, коли ми залишились у кабінеті. — Ми досі живемо окремо, однак я їжджу в Сієтл, щоб побачитися з нею, і ми проводимо разом два чудових дні. Ми збираємося відсвяткувати спільне Різдво.

— Рада за вас, Джейкобе.

— Я звільнився від своєї одержимості. Більше ніщо не примушує мене поводитися певним чином. Я знову можу вільно вирішувати, що буду робити. Після рецидиву пройшло майже шість місяців. Якщо я просто продовжу робити те, що роблю зараз, гадаю, у мене буде все добре. Краще, ніж добре.

Джейкоб подивився на мене й усміхнувся. Я усміхнулася у відповідь.

Надзвичайно великі зусилля, яких Джейкоб докладав задля уникнення всього, що здатне було пробудити у нього статевий потяг, здаються справжнім середньовіччям з огляду на нашу сучасну чуттєвість — чимось таким, що лише на крок віддалене від волосяниці. Попри це, він не тільки не зазнавав ніяких обмежень, дотримуючись нового способу життя, а й відчував себе вільним. Вирвавшись з лабетів компульсивного

надспоживання, він знову здобув здатність радісно, допитливо й невимушено взаємодіяти з іншими людьми й зі світом. Джейкоб відчув власну гідність.

Іммануїл Кант писав у трактаті «Метафізика моралі»: «Коли ми усвідомлюємо, що здатні на внутрішній закон, (природна) людина відчуває себе зобов’язаною шанувати моральну людину у власній особистості»(86).

Самостримування — це шлях до свободи.

## 6. Порушена рівновага?

Сподіваюсь, ви продовжите мій курс бупренорфіну. Він дійсно допомагає. І це ще слабо сказано. Не впевнений, чи був би живим без нього. Мені потрібно знайти когось, хто зможе його виписати, — сказав Кріс, сидячи у мене в кабінеті. При цьому він поправив рюкзак, відкинув назад волосся, що спадало йому на очі, й хруснув коліном (протягом наступних років я дізналася, що він постійно рухається).

Бупренорфін — напівсинтетичний опіоїд, який отримують з виділеного з опійного маку тебаїну. Як і інші опіоїди, бупренорфін зв’язує μ-опіоїдні рецептори, миттєво полегшуючи біль та потяг до опіоїдів. Простіше кажучи, його дія полягає у тому, що він відновлює рівновагу між задоволенням і болем, аби люди на кшталт Кріса мали змогу припинити боротьбу зі своїм прагненням та повернутися до звичного життя. Існують вагомі докази того, що бупренорфін скорочує незаконне вживання опіоїдів, зменшує ризик передозування й покращує якість життя(87).

Однак не варто недооцінювати той факт, що бупренорфін — це опіоїд, котрим часто зловживають, використовують не за призначенням і продають на вулицях. У людей, які не мають залежності від сильніших опіоїдів, бупренорфін може викликати відчуття ейфорійного піднесення. Ті, хто приймають бупренорфін, переживають опіоїдний синдром відмови, а також потяг, припинивши вживати його або зменшивши дозу. Насправді деякі пацієнти розповідали мені, що відміна бупренорфіну проходить значно гірше, ніж утримання від героїну чи оксиконтину.

— Чому б вам не розповісти мені свою історію, — запропонувала я, — тоді я зможу сказати вам, що думаю.

* * *

У 2003 році Кріс приїхав до Стенфорду. Вітчим привіз його з Арканзасу в старому орендованому Chevrolet Suburban. Це авто, заповнене речами Кріса, виділялося поміж блискучих нових автомобілів BMW й Lexus, щільно припаркованих біля входу до студентського гуртожитку.

Кріс не марнував часу. Він з ретельною точністю впорядкував кімнату в гуртожитку, почавши зі своєї колекції компакт-дисків, які розставив в алфавітному порядку. Зі списку курсів він обрав такі дисципліни, як літературна творчість, давньогрецька філософія та «Міфи й сучасність у німецькій культурі». Кріс мріяв стати композитором, кінорежисером, письменником. У нього, як і в інших студентів, були грандіозні плани. Це мав бути видатний початок навчання у Стенфорді.

Коли почалися заняття, Кріс чудово з усім справлявся. Він старанно вчився, отримував хороші оцінки. Проте, з іншого боку, у нього було не все гаразд: він сам ходив на заняття, наодинці працював у себе в кімнаті чи у бібліотеці, самотньо грав на фортепіано в загальній кімнаті гуртожитку. Поширене в університетському містечку модне слівце «спільнота» обминало його.

Озираючись на перші дні навчання, чимало хто з нас згадає, як важко було знайти своїх людей. Крісові доводилося докладати до цього ще більше зусиль. Навіть зараз важко сказати, чому саме. Він вродливий юнак. Вдумливий, привітний, радий допомогти. Можливо, це було пов’язано з тим, що Кріс був бідним хлопцем з Арканзасу.

Самотнє існування Кріса в університеті продовжувалося до другого курсу, допоки він не познайомився з однією дівчиною на тимчасовій роботі в кампусі. Його витончені риси обличчя, м’яке каштанове волосся й міцна, мускулиста статура завжди привертали увагу.

Коли Кріс з дівчиною (також студенткою) поцілувалися — він одразу закохався. Дівчина сказала Крісові, що у неї є хлопець, але він вирішив, що це не має значення. Він хотів бути з нею й щоразу розшукував її. Коли Кріс не припинив цього робити, дівчина звинуватила його у переслідуванні й повідомила про нього їхньому спільному босові. Зрештою Кріс втратив роботу й отримав догану від керівництва університету. Він вирішив, що без роботи й дівчини у нього залишається лише один вихід — вчинити самогубство.

Кріс написав прощальний лист матері: «Ма, я одягнув чисту білизну». Узяв у когось ніж, прихопив програвач та старанно підібраний компакт-диск і пішов на поле біля університету. Були сутінки. План Кріса полягав у тому, щоб проковтнути пляшечку таблеток, перерізати вени й померти на заході сонця. Музика була важливою для Кріса, тому він ретельно вибрав пісню — «PDA» нью-йоркського гурту Interpol, котрий грає музику в стилі інді постпанк. «PDA» («Публічний вияв почуттів») — це ритмічна, важка пісня, слова якої нелегко зрозуміти. Остання строфа у неї така: «Спи цієї ночі, спи цієї ночі, спи цієї ночі, спи цієї ночі. Щось сказати, щось зробити, нічого не сказати, нічого не зробити».

Виявилося, що розквитатися із життям, перерізавши вени на полі, — не дуже ефективна стратегія. Через пів години кров на зап’ястях Кріса згорнулася, він сидів у темряві і спостерігав, як повз нього проходять люди. Юнак повернувся до кімнати у гуртожитку, змусив себе виблювати пігулки й зателефонував за номером 911. Приїхали парамедики й забрали Кріса до лікарні Стенфордського університету, де його поклали в психіатричне відділення.

Першим Кріса відвідав вітчим. Мати також планувала приїхати, але не змогла сісти в літак через непоборний страх польотів. Біологічний батько Кріса, з яким він бачився лише кілька разів на рік, також приїхав. Батько був приголомшений, побачивши червоні припухлі порізи на зап’ястях Крістофера.

Кріс лежав у психіатричному відділенні цілих два тижні. Тоді він відчув майже полегшення від того, що перебував у замкненому, контрольованому й передбачуваному середовищі. Представник Стенфордського університету прийшов відвідати Кріса й повідомив, що за подібних обставин він має взяти відпустку за станом здоров’я, під час якої повинен відновитися достатньо, щоб мати змогу повернутися до навчання за рішенням та на розсуд університету.

Кріс повернувся до Арканзасу, щоб жити разом з матір’ю й вітчимом. Улаштувався на роботу офіціантом. І відкрив для себе наркотики.

Восени 2007 року Кріс повернувся в Стенфорд. Перш ніж зареєструватися на осінній семестр, йому потрібно було зустрітися з керівником відділення психічного здоров’я студентів і деканом, щоб повідомити про свої успіхи та надати переконливі аргументи на користь поновлення в університеті.

Напередодні цієї зустрічі Кріс зупинився у дівчини, з якою познайомився свого часу в Стенфорді. Він не дуже добре її знав, але вона також була «проблемною». Тож йому було легше запитати її, чи можна залишитися на одну-дві ночі, поки він не владнає справи з університетом.

Перед зустріччю Кріс не спав цілу ніч, вживав кокаїн та читав книжку Фройда «Невпокій у культурі». Вранці він дійшов висновку, що у нього надто плутаються думки, щоб зустрічатися з керівниками університету. Того ж дня він полетів додому.

Протягом наступного року Кріс виконував різноманітну роботу для Арканзаського університету: копав землю, розкидав мульчу й косив траву на газонах у сорокаградусну спеку. Йому подобався фізичний аспект такої праці: рух тіла відволікав його від думок. Крісові доручили роботу арбориста, що здебільшого полягала у тому, щоб запихати стовбури й гілки дерев у подрібнювач деревини. На дозвіллі він писав музику, водночас вживаючи канабіс, котрий став для нього вкрай необхідним.

Кріс знову повернувся у Стенфорд наступної осені. Цього разу особисті зустрічі не були потрібні. Хлопець прийшов до гуртожитку, наче Джек Річер — із зубною щіткою у кишені й ноутбуком у руці. Він спав на матраці в одязі, без простирадла. Кріс вирішив, що має організувати власне життя, бо, на його думку, саме це потрібно було йому для досягнення успіху. Дотримуючись своїх нових поглядів, він змінив головний предмет — відтепер він вивчатиме хімію. Окрім того, Кріс присягнувся кинути курити канабіс, однак його рішучість протрималася лише три дні, після чого він знову почав щодня палити, ховаючись у своїй кімнаті й намагаючись робити це тоді, коли поряд не було сусіда, якого він запам’ятав просто як «якогось індуса».

Посеред семестру Кріс дійшов висновку, що оскільки більшу частину навчального часу він був під кайфом, то йому варто залишатися під кайфом й під час проміжних іспитів. Уже на другому питанні Кріс зрозумів, що не знає матеріалу й не може здати іспит. Він

підвівся й пішов геть, дорогою викинувши тест у смітник. Наступного дня він летів на літаку додому.

Коли Кріс покинув Стенфорд утретє, це викликало у нього геть інші відчуття. Його охопила безнадія. Після повернення додому у нього не було жодних бажань, навіть продовжувати писати музику. На додаток до вживання канабісу Кріс почав багато пити. А потім уперше спробував опіоїди, що було легко зробити в Арканзасі у 2009 році, коли виробники й дистриб’ютори наводнили штат мільйонами таблеток знеболювальних опіоїдів. Того року на 100 мешканців штату припадало 116 виписаних лікарями рецептів на опіоїди(88).

Як здавалося Крісові, під час приймання опіоїдів усе, чого він прагнув, зненацька виявлялося досяжним. Так, він відчував ейфорію, проте не це було головним. Найважливішим було те, що Кріс відчував зв’язок з іншими людьми. Він почав телефонувати родичам та знайомим і розмовляти з ними, ділився думками й довіряв свої таємниці. Ці зв’язки здавалися реальними, поки він був під кайфом, однак зникали, щойно героїн переставав діяти.

Кріс дізнався, що близькі стосунки, що виникають під впливом наркотиків, недовговічні.

Епізодичне вживання героїну було частиною життя Кріса до чергової спроби вступити до Стенфорду. Після повернення в університет восени 2009 року (це була вже четверта спроба) він виявився хронологічно й географічно віддаленим від студентів-одноліток. Кріс був на п’ять років старший, ніж середньостатистичний другокурсник. Його поселили в гуртожиток для студентів старших курсів, де він жив в одній кімнаті зі студентом магістратури, котрий вивчав фізику елементарних частинок. Вони мали небагато спільного, тому щосили намагалися триматися подалі один від одного.

Кріс установив розпорядок дня, в основу якого було покладене навчання й вживання наркотиків. Він уже відмовився від думки спробувати кинути й вважав себе закоренілим наркоманом. У нього була окрема кімната, де він щодня палив канабіс. Щоп’ятниці ввечері Кріс сам їздив до міста, щоб придбати героїн. Один укол на вулиці коштував 15 доларів — за відчуття раптового піднесення, що тривало 5–15 секунд, і залишкове збудження протягом кількох годин. Канабіс Кріс курив, аби полегшити погане самопочуття після вживання героїну. Десь посередині першого семестру він продав ноутбук, щоб придбати героїн. А потім продав і куртку. Кріс згадував, як йому було холодно, коли він блукав вулицями Сан-Франциско.

Якось Кріс спробував потоваришувати з британськими студентами, які відвідували той самий мовний курс. Він сказав їм, що хоче зняти фільм за їхньою участю. Свого часу Кріс цікавився фотографією й інколи блукав містечком, роблячи світлини. Спочатку пропозиція Кріса здалася британцям привабливою, але коли він розповів їм про ідею свого фільму (зняти, як вони розмовляють з американським акцентом під час їжі), ті відмовилися й почали його уникати.

— Гадаю, я завжди був диваком. У мене завжди були чудернацькі ідеї. Саме тому я навіть не хочу розповідати нікому, що я думаю, — якось сказав мені Кріс.

Незважаючи на все це, Кріс ходив на заняття й отримував оцінки «A», за винятком оцінки «B» за курс «Міжособистісна основа відхилень у поведінці». На Різдво він поїхав додому й не повернувся.

Восени 2010 року Кріс зробив останню нерішучу спробу відновити навчання у Стенфорді. Він найняв кімнату за межами університетського містечка, в Менло-Парку, й обрав новий основний предмет — біологію людини. Через декілька днів Кріс украв у власниці кімнати знеболювальні пігулки й отримав рецепт на амбієн, який він розтер і вколов собі. Він займався цим протягом п’яти жалюгідних місяців, а потім покинув Стенфорд, цього разу без жодної надії колись повернутися.

Після повернення до Арканзасу Кріс проводив дні під кайфом. Він колов собі наркотик уранці, а коли через кілька годин його дія минала, лежав у ліжку в батьківському домі, бажаючи тільки одного — щоб минув час. Цей цикл здавався безкінечним й невідворотним. Навесні 2011 року поліція впіймала Кріса на крадіжці морозива, коли той перебував під дією наркотику. Йому запропонували вибір: в’язниця або реабілітація. Він обрав реабілітацію. 1 квітня 2011 року у центрі реабілітації Кріс почав приймати препарат бупренорфін, відомий під торговельною назвою «Субоксон». На думку Кріса, бупренорфін урятував йому життя.

Через два роки стабільного стану завдяки бупренорфінові Кріс вирішив зробити останню спробу повернутися до Стенфордського університету. У 2013 році він винайняв ліжко у трейлері, що належав літньому китайцеві. Лише це було йому по кишені. Протягом першого місяця у кампусі Кріс звернувся до мене по допомогу.

Звісно, я погодилася призначити Крісові бупренорфін.

Через три роки він отримав диплом з відзнакою й продовжив навчання, щоб здобути ступінь доктора наук. Виявилося, що його чудернацькі ідеї цілком придатні в лабораторії.

У 2017 році Кріс одружився зі своєю подругою. Вона знала про його минуле й розуміла, чому він приймає бупренорфін. Іноді вона скаржилася на його «роботоподібну відсутність емоцій», особливо на явний брак гніву тоді, коли вона вважала гнів цілком виправданим. Однак загалом у них було хороше життя. Кріса більше не поглинав руйнівний потяг, лють та інші деструктивні емоції. Він проводив дні у лабораторії, а після роботи поспішав додому, щоб побачитися з дружиною. Вони чекали першу дитину.

Якось у 2019 році я сказала Крісові на щомісячному сеансі:

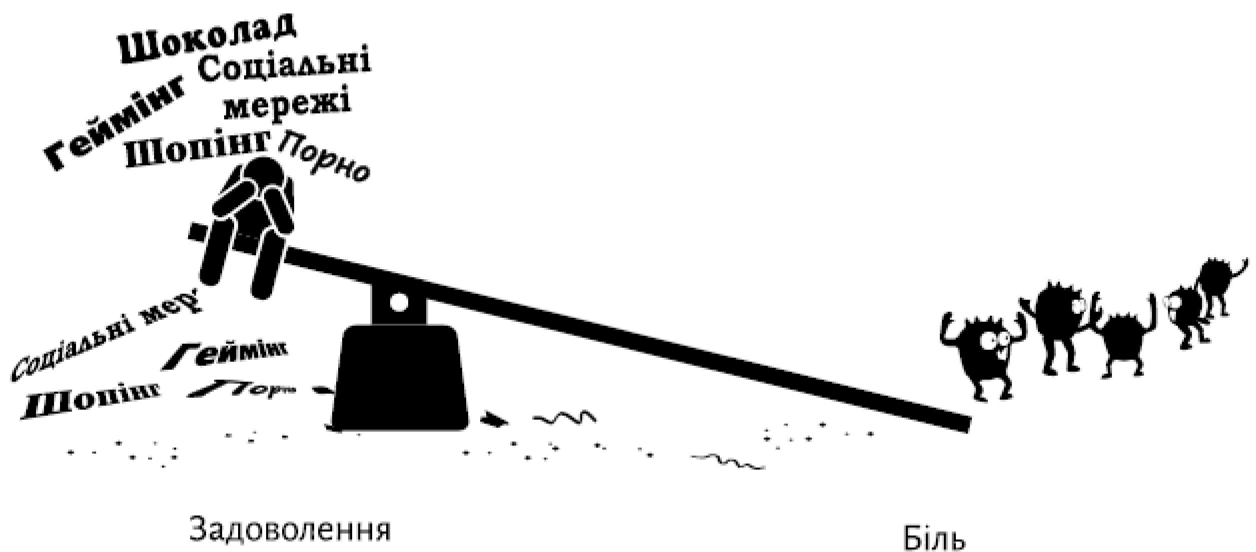
— Ви робите такі значні успіхи, до того ж протягом тривалого часу, тож чи не думали ви про те, щоб відмовитися від приймання бупренорфіну?

Він відповів категорично.

— Я нізащо не хочу відмовлятися від бупренорфіну. Він немов увімкнув для мене світло. Цей препарат не лише утримав мене від вживання героїну. Він дав моєму тілу те, що було потрібно, але що я більше ніде не міг знайти.

**Ліки для зміщення рівноваги на користь задоволення**

Я часто розмірковувала над словами Кріса про те, що бупренорфін дав йому те, що він більше ніде не міг знайти. Невже тривале вживання наркотиків настільки порушило його рівновагу між задоволенням і болем, що йому до кінця життя потрібні будуть опіоїди, аби почуватися «нормально»? Може, мозок деяких людей втрачає пластичність, необхідну для відновлення гомеостазу, навіть після тривалого утримання від наркотиків? Можливо, навіть після того, як гремліни зістрибують, шальки терезів назавжди залишаються схиленими в бік болю. Чи може рівновага бути порушеною?




Чи, може, Кріс говорив про те, що опіоїди виправили порушення рівноваги, властиве йому від народження?

У 1990-х під час навчання на медичному факультеті та у резидентурі мене вчили, що мозок людей з депресією, тривожністю, дефіцитом уваги, когнітивними спотвореннями, розладами сну тощо не працює так, як має працювати. Це схоже на те, як підшлункова залоза людей з діабетом не виробляє достатню кількість інсуліну. Згідно з цією теорією, моя робота полягає у заміщенні відсутньої хімічної сполуки, щоб люди мали змогу функціонувати «нормально». Фармацевтична галузь розповсюджувала й активно просувала цю ідею, знайшовши сприйнятливу аудиторію серед лікарів та споживачів (пацієнтів).

У мене викликають занепокоєння деякі моменти щодо використання лікарських препаратів для впливу на ту шальку терезів, де розташоване задоволення.

Будь-який препарат, що сприяє зміщенню рівноваги на користь задоволення, може спричинити залежність. Історія Девіда (студента, котрий потрапив у залежність від рецептурних стимуляторів) переконливо свідчить: той факт, що лікар призначає стимулятори проти певного діагностованого захворювання, не захищає від проблем залежності й наркоманії. На молекулярному рівні рецептурні стимулятори є еквівалентом вуличного метамфетаміну («лід», «крига», «гвинт», «спід», «Христина», «пупсик», «без дрімоти», «Скубі снекс»). Такі препарати викликають сплеск дофаміну у

шляху винагороди мозку й «мають високий потенціал зловживання» — це точна цитата із застережень Управління з продовольства і медикаментів США щодо адералу.

А що, коли ці препарати працюють не так, як мають працювати, і навіть погіршують у результаті наш стан?

Якщо говорити про рецептурні стимулятори, дані вказують на те, що хоча препарати на зразок адералу й риталіну (призначаються проти розладу з дефіцитом уваги) сприяють зміцненню короткострокової пам'яті й уваги, існує мало або майже немає доказів того, що вони надовго посилюють складні когнітивні здібності, поглиблюють знання чи допомагають отримувати вищі оцінки(89). Психологиня системи охорони здоров'я Гретхен Лефевер Вотсон та її колеги написали в статті «Криза зловживання препаратами проти СДУГ в американських університетських містечках» (The ADHD Drug Abuse Crisis on American College Campuses): «Нові переконливі докази вказують на те, що медикаментозне лікування СДУГ пов'язане з погіршенням навчальної та соціально-емоційної діяльності»(90).

Дані за 1990‒2015 роки чотирьох багатих країн (Австралія, Канада, Англія та США) свідчать про те, що попри суттєве збільшення фінансування психіатричних препаратів, зокрема антидепресантів (прозак), анксіолітиків (ксанакс) та снодійних препаратів (амбієн), поширеність розладів настрою й тривожності не зменшилася(91). Ці висновки зберігаються, навіть якщо взяти до уваги посилення чинників ризику психічних захворювань, як-от бідність та психологічна травма, і навіть якщо дослідити важкі психічні хвороби на зразок шизофренії.

Пацієнти з тривожністю та безсонням, котрі більш як місяць щодня приймають бензодіазепіни на зразок ксанаксу й клонопіну та інші седативно-снодійні засоби, можуть відчути загострення тривожності й безсоння. Пацієнти з болем, які понад місяць щодня приймають опіоїди, мають підвищений ризик не лише залежності від опіоїдів, а й посилення болю. Як зазначалося раніше, цей процес називають індукованою опіоїдами гіпеpальгезією (коли повторні дози опіоїдів посилюють біль)(92).

Згідно з останніми даними, навіть антидепресанти, котрі, як раніше вважалось, «не формують звички», можуть спричинити звикання й залежність, а в довгостроковій перспективі навіть посилити депресію. Подібне явище позначають терміном «пізня дисфорія»(93). У 1993 році психіатр Пітер Крамер видав новаторську книжку «Слухаючи прозак» (Listening to Prozac), де стверджував, що антидепресанти роблять самопочуття людей «кращим, ніж хороше»(94). Чи можливо, що замість того, аби робити наш стан «кращим, ніж хороший», психотропні препарати роблять його *яким завгодно, але не хорошим*?

За всі роки роботи у мене було безліч пацієнтів, які розповідали мені, що психіатричні препарати, забезпечуючи тимчасове полегшення від болісних емоцій, обмежують також їхню здатність переживати весь спектр почуттів, особливо сильні емоції на кшталт горя й захвату. Одна пацієнтка, котра нібито почувалася добре завдяки антидепресантам, розповіла мені, що більше не плакала під час реклами на Олімпійських іграх. Вона сміялася, коли говорила про це, радо позбавившись сентиментального аспекту особистості заради полегшення депресії й тривожності. Однак коли ця пацієнтка не змогла заплакати навіть на похороні матері, стало очевидним, що у неї змістилася

рівновага. Зрештою вона відмовилася від антидепресантів, невдовзі після чого у неї збільшилася амплітуда емоцій, зокрема депресії й тривоги. Вона вирішила, що це погіршення варте того, аби почуватися людиною.

Ще одна пацієнтка припинила приймати оксиконтин, що вона вживала від хронічного болю великими дозами протягом десяти років. Через декілька місяців вона повернулася до мене разом з чоловіком, з яким я тоді зустрілась уперше. Він утомився від безлічі лікарів за стільки років. «Приймаючи оксі, — сказав він, — моя дружина припинила слухати музику. Зараз, відмовившись від цих ліків, вона знову насолоджується музикою. У мене таке відчуття, ніби повернулася та жінка, з якою я одружився».

Я маю власний досвід вживання психотропних препаратів. Оскільки ще з дитинства я була невгамовною й дратівливою, на думку матері, мене важко було виховувати. Вона щосили намагалася допомогти мені стримувати свої примхи, водночас вважаючи себе поганою матір’ю — принаймні так я собі пояснюю те, що відбувалося у минулому. Мати визнає, що більше любила брата, лагідного й слухняного. Я теж любила його. По суті, саме він виховував мене, коли мати у відчаї опустила руки.

У 20 із чимось років я почала приймати прозак від незначної дратівливості й тривожності, діагностованої як «атипова депресія». Мені відразу стало краще. Здебільшого я перестала ставити найважливіші запитання: *«Яке наше призначення*?*», «Чи маємо ми свободу волі*?*». «Чому ми страждаємо*?*», «Чи існує Бог*?*».* Натомість я нібито примирилась з усім. Ми з матір’ю вперше у житті знайшли спільну мову. Їй було приємніше спілкуватися зі мною, а мені подобалося догоджати їй. Я відповідала її вимогам.

Через декілька років я припинила приймати прозак, плануючи завагітніти. Це спричинило повернення до моєї колишньої особистості: примхливої, критичної, невгамовної. Майже відразу після цього ми з матір’ю знову почали сваритися. Здавалося, навіть повітря в кімнаті починало потріскувати, коли ми обидві перебували там разом. Через десятки років наші стосунки дещо покращилися. Ми добре ладнаємо, коли мало взаємодіємо. Це засмучує мене, оскільки я люблю маму і знаю, що вона любить мене. Хоча моя позбавлена прозаку особистість не дуже підходить матері, проте саме вона дозволила мені досягти того, що у жодному іншому разі не було б можливим.

Зараз мене нарешті влаштовує те, що я трохи тривожна, дещо пригнічена й скептично налаштована людина. Мені потрібні незгоди, складні завдання — те, над чим можна працювати або з чим потрібно боротися. Я не стану ламати себе, щоб вписатися у цей світ. Та й хіба хоч хтось з нас повинен це робити?

Приймаючи ліки, щоб пристосуватися до навколишнього світу, яким саме світом ми вдовольняємося? Чи може бути, що під приводом лікування болю й психічних захворювань ми перетворюємо безліч людей на біохімічно байдужих до нестерпних умов істот? І що найгірше — можливо, психотропні препарати стали засобом соціального контролю, особливо над бідними, безробітними та людьми, позбавленими громадянських прав?

Психіатричні засоби дедалі частіше й у більшій кількості призначають бідним людям, особливо дітям з бідних родин. За даними Національного обстеження стану здоров’я

населення, виконаного у 2011 році Центром контролю та профілактики захворювань у США, 7,5 % американських дітей віком 6–17 років приймали рецептурні препарати проти «емоційних та поведінкових труднощів»(95). Бідні діти частіше приймали психіатричні препарати порівняно з дітьми, котрі не жили у бідності (9,2 % та 6,6 % відповідно). Хлопчикам призначали такі ліки частіше, ніж дівчаткам. Нелатиноамериканські білошкірі діти отримували подібні препарати частіше порівняно з представниками інших рас. Екстраполяція даних програми Medicaid у штаті Джорджія на решту країни дає можливість припустити, що у США психостимулятори на кшталт риталіну можуть отримувати 10 тисяч дітей(96). Ось що сказав психіатр Ед Левін щодо проблеми надмірного діагностування чи надмірного медикаментозного лікування американської молоді, особливо серед бідних: «Хоча схильність до люті, як і поведінка загалом, повинна мати певне біологічне підґрунтя, важливіше те, що вона може відображати реакцію пацієнта на шкідливе й негуманне лікування»(97).

Подібне явище спостерігається не лише у Сполучених Штатах. У Швеції під час загальнонаціонального дослідження було проаналізовано індекс депривації залежно від району проживання (розраховується на основі рівня освіти, доходу та соціальної допомоги). Щодо кожної групи психіатричних препаратів дослідники з’ясували таке: що нижчий соціально-економічний статус мешканців району, то більше психіатричних засобів їм призначали. Автори дослідження дійшли такого висновку: «Дані результати вказують на те, що депривація мешканців району проживання пов’язана з призначенням психіатричних препаратів»(98).

Опіоїди також призначають бідним людям у непропорційно великій кількості. Міністерство охорони здоров’я та соціальних служб США стверджує: «Існує висока кореляція між рівнем бідності, безробіття й зайнятості населення та поширеністю призначення опіоїдів і заходами щодо вживання лікарських препаратів. У середньому країни з гіршими економічними перспективами частіше мають вищі показники призначення опіоїдів, пов’язаної з опіоїдами госпіталізації та смертності від передозування наркотиками»(99). Американцям, охопленим програмою Medicaid (федеральною програмою медичного страхування найбідніших та найуразливіших громадян), призначають опіоїдні знеболювальні препарати вдвічі частіше, ніж пацієнтам, не долученим до Medicaid. Пацієнти, які є учасниками програми Medicaid, помирають від опіоїдів у 3–6 разів частіше, ніж пацієнти, не охоплені цією програмою(100).

Навіть методи медикаментозного лікування на зразок підтримувальної терапії бупренорфіном (яку я призначила Крісові для лікування залежності від опіоїдів) можуть ставати своєрідною «відмовою у лікуванні», якщо не спрямовувати такі ж зусилля на психосоціальні чинники здоров’я. Александреа Гетчер та її колеги написали у виданні Substance Use and Misuse: «Без належної уваги до базових потреб пацієнтів за умови усунення расових та класових привілеїв застосування підтримувальної терапії бупренорфіном як єдиного методу лікування не лише не принесе полегшення, а й перетвориться на одну із форм інституційної недбалості й навіть структурного насильства на рівні, який вважається прийнятним для одужання пацієнтів»(101).

Маркс колись сказав, що релігія — це опіум для народу. Ми вступили в епоху, коли релігією для народу стали опіоїди.

Науково-фантастичний фільм Джосса Відона «Місія “Сереніті”», знятий у 2005 році, зображує світ майбутнього, в якому державні лідери провели масштабний експеримент: зробили мешканцям цілої планети щеплення проти жадоби, смутку, тривоги, гніву й відчаю, сподіваючись створити цивілізацію миру й гармонії. Пілот-бунтівник Мел, герой фільму й капітан зорельота «Сереніті», вирушає зі своєю командою на цю планету, щоб дослідити її. Замість райського куточка він знаходить тіла людей, смерть яких неможливо пояснити. Мешканці планети померли у стані спокою — лежачи на ліжках, відкинувшись на канапах чи сидячи за столами. Зрештою Мел і члени його команди розв’язали загадку: генетична мутація позбавила цих людей прагнення до будь-чого. Як і позбавлені дофаміну щури, котрі швидше помруть з голоду, аніж проповзуть кілька сантиметрів до їжі, ці люди померли через відсутність бажань.

Прошу, не зрозумійте мене неправильно. Всі ці медикаменти можуть бути засобом порятунку життя, і я вдячна за те, що можу застосовувати їх у клінічній практиці. Утім, медикаментозне лікування будь-яких страждань має свою ціну. І все ж існує альтернативний шлях, що забезпечує кращі результати, — прийняття болю.

# Частина III. ПРАГНЕННЯ ДО БОЛЮ

## 7. Задоволення як винагорода за біль

Майкл, одягнений у звичайні джинси та футболку, невимушено сидів навпроти мене. Йому була властива хлопчача врода й чарівність, що не вимагала від нього жодних зусиль. Природна привабливість була для нього і дарунком, й тягарем водночас.

— Я люблю бути у центрі уваги, — сказав він. — Будь-хто з моїх друзів розповість вам про це.

Колись життя Майкла нагадувало казку Кремнієвої долини. Закінчивши престижний університет у 2000 році, він заробив мільйони, перетворюючи новостворені доткоми у золото. Коли Майклові виповнилося 35 років, він був неймовірно багатим, на заздрість вродливим і щасливо одруженим із жінкою, яку кохав.

Однак у нього було також друге життя, що невдовзі зруйнувало все, заради чого він працював.

— Я завжди був енергійним хлопцем й завжди шукав те, що давало б мені додатковий стимул. Кокаїн був очевидним засобом, проте алкоголь дарував мені те саме — викликав відчуття ейфорійного піднесення й багато енергії з того самого разу, коли я вперше його спробував. Я пообіцяв собі, що буду тим, хто вживає кокаїн для відпочинку, не потрапляючи у халепу. Тоді я справді вірив у це, — Майкл замовк і посміхнувся. — Мав би здогадатися, що це неможливо.

Одного ранку, невдовзі після народження першої дитини, Майкл лежав у ліжку поряд з дружиною й писав повідомлення стриптизерці, з якою таємно зустрічався.

— Помітивши, що я пишу повідомлення, дружина запитала, що я роблю. Я здригнувся й притулив телефон до грудей. Саме тоді вона збагнула, що щось не так. Схопила телефон, прочитала повідомлення й відразу зрозуміла, що відбувається. Я навіть не намагався приховати це. Все визнав. Гадаю, якоюсь мірою я хотів, щоб вона про все дізналася. Я відчайдушно хотів змінити своє життя, але не знав як. Дружина сказала мені, що подолання залежності — це єдиний спосіб зберегти наш шлюб. Я навіть не вагався. Бо хотів бути з нею. Мені потрібен був цей шлюб. Тож одужання було єдиним варіантом.

Майкл кинув пити, вживати наркотики, відвідувати стрипклуби й зустрічатися зі стриптизерками. Йому було легко це зробити. Важче було зрозуміти, що робити далі. Після відмови від старих звичок його охопили всі ті негативні емоції, які він приховував за допомогою наркотиків. Коли Майкл не відчував суму, гніву і сорому, він не відчував нічого, що було навіть гірше. А потім з ним трапилося те, що дало йому надію.

— Уперше це сталося випадково, — розповів мені Майкл. — Я прокинувся вранці, щоб пограти у теніс. Це допомагало відволікатися протягом перших днів відмови від вживання. Однак через годину після тенісу й купання я усе ще пітнів. Коли я сказав про це тренерові, він порадив спробувати холодний душ. Приймати холодний душ було трохи болісно, але лише кілька секунд, поки тіло не звикало до цього. Після душу я почувався на диво добре, ніби випив велику чашку кави.

Протягом декількох наступних тижнів я почав помічати, що після холодного душу в мене покращується настрій. В інтернеті я знайшов інформацію про терапію холодною водою, а також спільноту людей, які приймають холодну ванну. Це було схоже на якусь маячню, але я був у відчаї. Наслідуючи їхній приклад, я перейшов від приймання холодного душу до того, що наповнював ванну холодною водою й занурювався у неї. Це було навіть краще, тож я підняв планку й почав додавати у воду лід, аби ще сильніше знизити температуру. Мені вдалось отримати приблизно 10 градусів.

Я почав регулярно занурюватися у крижану воду на 10–15 хвилин уранці, а потім ще раз перед сном. Протягом наступних трьох років я робив це щодня. Це стало ключем до мого одужання.

— Що ви відчуваєте, занурюючись у холодну воду? — запитала я.

— Перших 5–10 секунд моє тіло кричить: «Припини! Ти себе вбиваєш!». Це дуже боляче.

— Можу собі уявити.

Я ненавиджу холодну воду й не здатна витримати таку температуру навіть кілька секунд.

— Я запевнив себе, що це триватиме недовго і що воно того варте. Після початкового шоку моя шкіра починає німіти. Потім відразу відчувається піднесення. Це як наркотик... Пам’ятаю, саме такі відчуття виникали у мене після екстезі чи рекреаційного вікодину. Це щось неймовірне! Я годинами почуваюся чудово.

Люди з давніх-давен купалися у холодній воді. Лише ті, хто жив неподалік від природних гарячих джерел, мали змогу постійно насолоджуватися гарячою ванною. Не дивно, що в ті часи люди були брудніші. Стародавні греки розробили систему підігріву для громадських купалень, однак відстоювали ідею використання холодної води для лікування різних хвороб. У 1920-х німецький селянин Вінценц Прісніц пропагував використання крижаної води для лікування всіх фізичних та психологічних розладів. Він навіть перетворив свій будинок у санаторій для лікування крижаною водою.

Після появи сучасного водогону й опалення гаряча ванна й душ стали нормою, але останнім часом занурення в холодну воду знову набуло популярності. На думку спортсменів з тих видів спорту, що потребують витривалості, це прискорює відновлення м’язів. «Шотландський душ» є відомим також як «душ Джеймса Бонда»: його застосовував Джеймс Бонд, герой романів Яна Флемінґа про британського агента 007. Цей метод приймання душу полягає у тому, щоб завершити гарячий душ щонайменше хвилиною холодного душу. Гуру крижаної води, як-от голландець Вім Гофф, прославилися завдяки здатності занурюватися у воду, що має температуру замерзання, на декілька годин поспіль.

Науковці Карлового університету в Празі, автори статті у European Journal of Applied Physiology, провели експеримент, під час якого 10 чоловіків зголосилися зануритися у холодну воду (14 градусів) на одну годину, тримаючи голову над поверхнею(102). Це тепліша вода, ніж у Майклових ваннах, що може пояснити, чому учасники цього досліду змогли витримати цілу годину. Взявши у цих чоловіків зразки крові, дослідники з’ясували, що внаслідок занурення у холодну воду концентрація дофаміну в плазмі крові збільшилася на 250 %, а концентрація норепінефрину — на 530 %. Рівень дофаміну поступово й невпинно зростав протягом усього часу перебування у холодній воді й залишався підвищеним ще протягом години після цього. Рівень норепінефрину швидко зріс протягом перших 30 хвилин, залишався незмінним упродовж останніх 30 хвилин, після чого протягом години знизився на третину, проте залишався значно вищим за базовий рівень навіть протягом другої години після занурення. Дофамін та норепінефрин трималися на високому рівні значно довше за больовий подразник, що пояснює слова Майкла: «Після ванни я годинами почуваюся чудово». Результати інших досліджень щодо вивчення впливу занурення у холодну воду на мозок людей і тварин свідчать про аналогічне підвищення моноамінових нейромедіаторів: наприклад, дофаміну, норепінефрину, серотоніну. Саме ці нейромедіатори регулюють задоволення, мотивацію, настрій, апетит і концентрацію уваги.

Під час інших досліджень вплив сильного холоду на тварин не лише підвищував рівень нейромедіаторів, а й сприяв росту нейронів. Це вражає ще більше, бо відомо, що нейрони змінюють мікроструктуру лише під дією обмеженої кількості обставин. Крістіна фон дер Оге та її колеги дослідили мозок ховрахів, котрі впадають у зимову сплячку(103). Під час сплячки температура тіла й мозку тварин знижується до 0,5–3 градусів за Цельсієм. За температури замерзання нейрони ховрахів, які перебувають у стані сплячки, мають

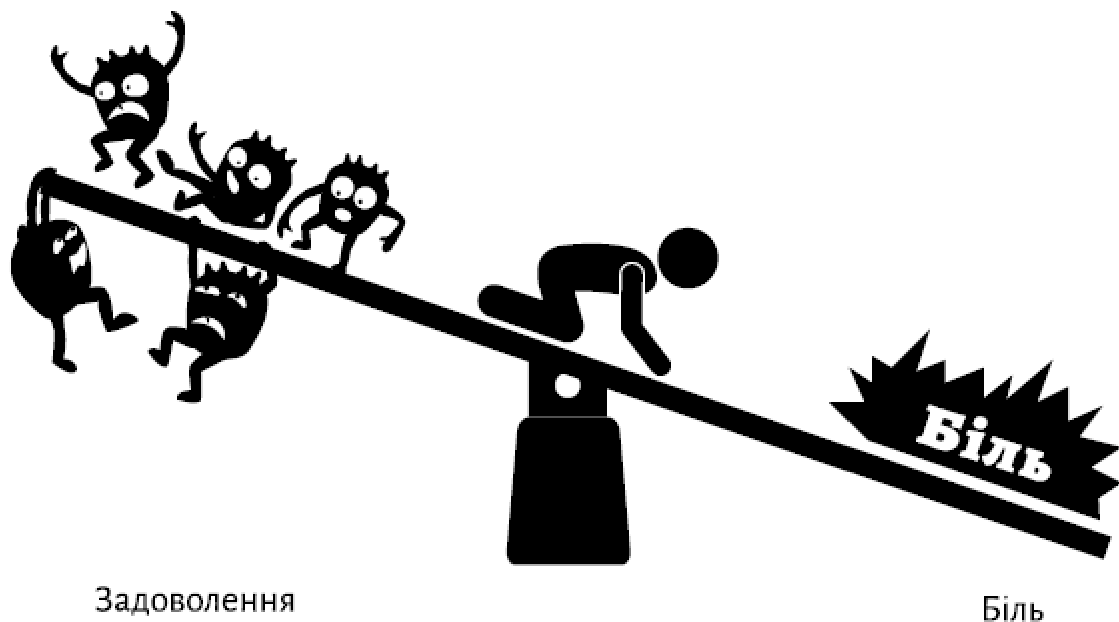
вигляд кволих дерев з малою кількістю гілок (дендритів) і ще меншою кількістю листя (мікродендритів).

Якщо ж ховраха, котрий перебуває у стані сплячки, зігріти, то нейрони демонструють дивовижне поновлення росту, немов листяний ліс у розпал весни. Поновлення росту відбувається раптово, не поступаючись при цьому нейропластичності, яку можна спостерігати лише під час розвитку зародка. Ось що написали про це автори дослідження: «Продемонстровані структурні зміни у мозку тварин, які перебувають у стані зимової сплячки, є найдивовижнішим з усього, що можна знайти в природі... Тоді як під час розвитку зародка макаки-резус подовження дендритів у гіпокампі може досягати 114 мікрометрів за день, дорослі тварини у стані сплячки демонструють аналогічні зміни всього лише за 2 години».

* * *

Випадкове відкриття Майкла про переваги занурення у крижану воду чудово ілюструє, як натискання на той бік терезів, де розташований біль, може призвести до його протилежності — задоволення. Однак на відміну від натискання на шальки задоволення, під впливом болю дофамін виробляється опосередковано й може бути стійкішим. Тож як це працює?

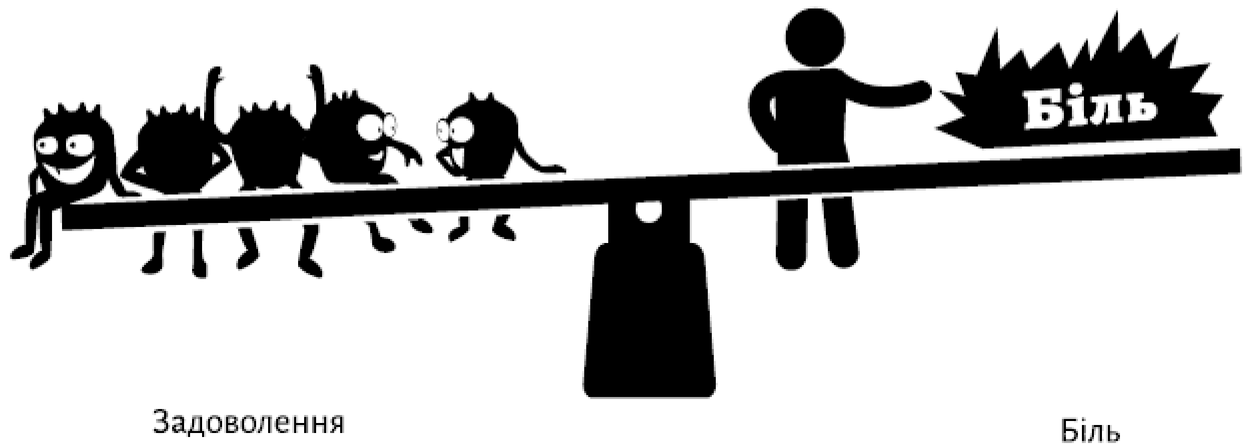
Біль спричиняє задоволення, запускаючи в організмі власні механізми регулювання гомеостазу. У цьому випадку після первинного больового стимулу гремліни починають стрибати на той бік терезів, де розташоване задоволення.




Задоволення, яке ми відчуваємо, — це природна й рефлекторна фізіологічна реакція організму на біль. Наприклад, умертвіння тілесної плоті шляхом голодування й самокатування, до чого вдавався Мартін Лютер, могло викликати у нього деяке піднесення, нехай навіть з релігійних міркувань.

За умови багаторазового впливу болю заданий рівень наших гедонічних відчуттів зміщується у бік задоволення таким чином, що ми стаємо менш уразливими до болю, а наша здатність відчувати задоволення з часом посилюється.

У кінці 1960-х науковці провели серію експериментів на собаках, неприпустимих сьогодні через явну жорстокість дослідів(104). Утім, ці експерименти надають важливу інформацію стосовно гомеостазу мозку (забезпечення рівноваги між задоволенням і болем).




Під'єднавши задні лапи собаки до електричного струму, дослідники зробили таке спостереження: «Під час перших декількох ударів струмом собака був страшенно наляканий. Він скиглив і шалено метався, у нього розширилися зіниці, викотилися очі, шерсть стала дибом, вуха прилягли до голови, а хвіст скрутився поміж лап. Спостерігалася експульсивна дефекація й сечовипускання, а також інші симптоми активної діяльності автономної нервової системи».

Після першого удару струмом, коли собаку звільнили від нашийника, «він повільно рухався по кімнаті й здавався тихим, боязким і непривітним». Частота пульсу собаки збільшилася до 150 ударів за хвилину вище за базовий рівень у стані спокою. Коли шок минув, пульс собаки на цілу хвилину знизився до 30 ударів нижче за базовий рівень.

Ось що відбувалося далі, під час наступних ударів електричним струмом: «Поведінка собаки поступово змінилася. Під впливом електрошоку ознаки жаху зникли. Натомість він мав такий вигляд, ніби йому було боляче й він був роздратований або стривожений, але не нажаханий. Зокрема, він підвивав, а не скавчав, у нього вже не було сечовипускання й дефекації, він більше не метався. Крім того, коли в кінці сеансу собаку раптом відпустили, він почав гасати, стрибати на людей і махати хвостом у нападі радості, як ми це тоді називали».

Під впливом наступних ударів струмом частота пульсу собаки збільшилася трохи вище за базовий рівень у стані спокою, до того ж лише на кілька секунд. Коли шок минув, пульс уповільнився аж до 60 ударів за хвилину нижче за базовий рівень — удвічі більше, ніж першого разу. Знадобилося цілих 5 хвилин, щоб частота пульсу повернулася до базового рівня у стані спокою.

Неодноразовий вплив больового стимулу призвів до відповідної адаптації настрою й частоти пульсу собаки. Первинна реакція (біль) стала коротшою й слабшою. Подальша реакція (задоволення) стала довшою й сильнішою. Біль перетворився на гіпернастороженість, а далі на «напад радості». Підвищення пульсу, що узгоджувалося з реакцією «бий або тікай», переросло у мінімальне підвищення пульсу, після чого настала тривала брадикардія — зменшення частоти серцевих скорочень, яке спостерігається у стані глибокого розслаблення.

Неможливо читати про цей експеримент, не відчуваючи жалю до тварин, що зазнали таких катувань. Попри це, так званий «напад радості» відкриває спокусливу перспективу: можливо, є шанс отримати більш стійке джерело задоволення, натискаючи на ті шальки терезів, де розташований біль? Ця ідея не нова. Стародавні філософи також спостерігали подібне явище. Сократ (як записав Платон у розділі «Причини не боятися смерті. За Сократом») розмірковував про взаємозв’язок між болем і задоволенням понад 2 тисячі років тому:

Яким дивним видається те, що люди називають задоволенням! І як цікаво воно пов’язане з тим, що вважають його протилежністю — з болем! Ці двоє ніколи не бувають у людини одночасно, але прагнучи й отримавши одне, ви майже змушені завжди отримувати й інше, немов вони прикріплені до однієї голови… Хоч би де знайшлось одне, інше йде за ним слідом. Тож у моєму випадку, оскільки через кайдани я відчув біль у нозі, мабуть, за ним має прийти задоволення(105).

У 1969 році американська кардіологиня Гелен Тауссіґ опублікувала у журналі American Scientist статтю, де описала досвід людей, котрі пережили удар блискавкою й розповіли їй про це. «Сина мого сусіда вдарила блискавка, коли він повертався додому з поля для гольфу. Його кинуло на землю. Шорти порвалися на шматки, а на стегнах були опіки. Коли товариш посадив його, він закричав: «Я помер, я помер». У нього заніміли й посиніли ноги, і він не міг рухатися. Коли він дібрався до найближчої лікарні, то вже перебував у стані ейфорії. Пульс у нього був дуже повільним»(106). Ця розповідь нагадує «напад радості» собаки, в тому числі й сповільнений пульс.

Усі ми відчували певну форму болю, що поступався місцем задоволенню. Можливо, як і Сократ, ви помічали покращення настрою після хвороби, або відчували ейфорію бігуна після тренування, чи отримували незрозуміле задоволення від фільму жахів. Біль є тією ціною, яку ми сплачуємо за задоволення, як і задоволення є нашою винагородою за біль.

### Наука про гормезис

*Гормезис* — це розділ науки, що вивчає благотворний вплив від невеликих до помірних доз шкідливих та (або) болісних стимулів на зразок холоду, спеки, гравітаційних змін, радіації, обмеження їжі та фізичних вправ. Слово «гормезис» походить від давньогрецького *hormáein*, що означає «приводити в рух», «спонукати», «квапити». Американський токсиколог і провідний фахівець у галузі гормезису Едуард Калабрезе описує це явище як «адаптивну реакцію біологічних систем на помірні зовнішні або навмисні виклики, завдяки яким система покращує функціонування та (або) посилює толерантність до серйозніших викликів»(107).

Черв’яки, котрі зазнали впливу температури, вищої за оптимальну для них температуру 20 градусів за Цельсієм (2 години за температури 35 градусів), жили на 25 % довше(108). Крім того, у них була на 25 % більша ймовірність вижити у подальшому за ще вищої температури порівняно з черв’яками, що не зазнавали подібного впливу. Проте надмірний вплив високої температури не приносив їм користі. Вплив високої температури протягом 4 годин замість 2 зменшив стійкість черв’яків до спеки та їхню тривалість життя на чверть.

Плодові мушки, яких крутили у центрифузі протягом 2–4 тижнів, жили довше, ніж мушки, з якими цього не робили, а також були жвавішими у старшому віці й могли підійматися вище протягом довшого часового відрізка порівняно з мушками, що не зазнали такого впливу(109). Однак коли мушок крутили у центрифузі значно довше, це не пішло їм на користь.

Мешканці Японії, котрі жили поруч з епіцентром ядерного удару 1945 року, мали вищу, ніж середньостатистична, тривалість життя, а також нижчий рівень захворюваності на рак порівняно з тими, хто жив у безпосередній близькості від ядерного вибуху, де приблизно 200 тисяч людей загинули тієї ж миті. Автори дослідження висунули гіпотезу, що «стимуляція відновлення пошкоджень ДНК малими дозами, видалення аберантних клітин шляхом стимульованого апоптозу (смерті клітин), а також знищення ракових клітин через стимульований протипухлинний імунітет» — це основа благотворного впливу радіаційного гормезису(110). Варто зазначити, що це суперечливі висновки, які були поставлені під сумнів у роботі, опублікованій в авторитетному журналі Lancet(111). Водночас інші дослідження продемонстрували, що помірний рівень іонізаційного опромінення може приносити клітинам користь.

У гризунів та мавп інтервальне голодування й обмеження калорій збільшувало тривалість життя і стійкість до вікових захворювань, а також знижувало кров’яний тиск й підвищувало варіабельність серцевого ритму(112). Інтервальне голодування здобуло певну популярність як спосіб схуднення й покращення самопочуття. До алгоритмів такого голодування належить голодування через день, один день на тиждень, після дев’ятої години періоду неспання, а також голодування за схемою 16:8 (голодування протягом 16 годин щодня й вживання їжі лише протягом 8 годин) тощо. Це голодування практикує ведучий американського ток-шоу за участю знаменитостей Джиммі Кіммел. «Ось уже кілька років я не їм два дні на тиждень… У понеділок і четвер я споживаю менше 500 калорій у день, а протягом решти п’яти днів їм, як свиня. Ви дивуєте тіло, примушуєте його гадати»(113). Ще недавно подібні методи голодування могли б отримати діагноз «харчовий розлад». Занадто велике обмеження калорій завдає шкоди з очевидних причин. Однак зараз люди у певних колах вважають голодування нормальним і навіть корисним для здоров’я.

А як щодо фізичних вправ?

Фізичні вправи відразу чинять на клітини токсичну дію, що призводить до підвищення температури, збільшення кількості шкідливих окислювачів, а також до кисневоглюкозної депривації. Водночас докази незаперечно свідчать, що фізична активність зміцнює здоров’я, а її відсутність (особливо у поєднанні з хронічним сидячим способом життя й харчуванням, коли людина цілий день їсть занадто багато) є смертельною.

Фізичні вправи підвищують рівень багатьох нейромедіаторів, що беруть участь у регулюванні позитивних емоцій, як-от дофамін, серотонін, норепінефрин, епінефрин, ендоканабіоїди, ендогенні опіоїдні пептиди (ендорфіни)(114). Фізичні вправи сприяють утворенню нових нейронів і забезпечують підтримку гліальних клітин. Вони зменшують імовірність вживання наркотиків та виникнення залежності від них. Щури, яким надали доступ до колеса для бігу за шість тижнів до отримання вільного доступу до кокаїну, вживали кокаїн пізніше й рідше порівняно зі щурами, котрі перед цим не тренувалися у колесі. Цей результат було також відтворено з використанням героїну, метамфетаміну й алкоголю. Коли тварини виконували фізичні вправи не добровільно, а з примусу, то також менше вживали кокаїн за власним бажанням. Серед людей вищий рівень фізичної активності у початковій і середній школі та у ранньому дорослому віці передбачає нижчий рівень вживання наркотиків. Окрім того, було доведено, що фізична активність допомагає людям із залежністю припинити або скоротити вживання наркотиків.

Значення дофаміну для моторних мереж було встановлено по кожному дослідженому типу тварин. Нематода *C. elegans* (черв'як, який є однією з найпростіших лабораторних тварин) виробляє дофамін у відповідь на зовнішні подразники, що подають сигнал про велику кількість їжі у цьому середовищі. Давня роль дофаміну в процесі руху пов'язана з його роллю у мотивації: щоб отримати об'єкт своїх бажань, нам потрібно по нього піти(115). Звісно, сьогодні для отримання дешевого дофаміну нам навіть не потрібно підніматися з канапи.

Згідно з результатами опитувань, сучасний типовий американець проводить сидячи половину годин неспання, що становить на 50 % більше, ніж 50 років тому(116). У багатих країнах всього світу були отримані аналогічні дані. Якщо врахувати, що у процесі еволюції ми мусили долати десятки кілометрів щодня, конкуруючи за обмежений запас їжі, стає очевидним, що негативні наслідки сидячого способу життя мають руйнівний вплив(117).

Інколи я замислююся: можливо, нинішню схильність до виникнення залежності почасти підтримує те, що наркотики нагадують нам про наші тіла. У найпопулярніших відеоіграх зображені аватари, які бігають, стрибають, забираються на скелі, стріляють та літають. Щоб користуватися смартфоном, нам потрібно гортати сторінки й натискати на екран, уміло використовуючи давню звичку до повторюваних рухів, що, вірогідно, є набутою протягом тих століть, коли ми молотили пшеницю й збирали ягоди. Мабуть, наша надмірна заклопотаність сексом пояснюється саме тим, що це останній вид фізичної активності, який досі широко практикується.

Ключ до добробуту полягає у тому, щоб ми піднялися з канапи й почали рухати своїм справжнім, а не віртуальним тілом. Я часто говорю пацієнтам, що звичайна прогулянка протягом тридцяти хвилин на день може змінити їхнє життя. Існують незаперечні докази: фізична активність має глибший та стійкіший вплив на настрій, тривожність, когнітивні здібності, енергію й сон, ніж будь-які ліки, що я можу призначити(118).

Утім, прагнути болю важче, ніж прагнути задоволення. Це суперечить вродженому рефлексу уникати болю й шукати задоволення. Це збільшує наше когнітивне навантаження: ми повинні *пам'ятати* про те, що відчуємо задоволення після болю, а ми надзвичайно схильні забувати про такі речі. Я знаю, що мені потрібно заново засвоювати уроки болю щоранку, коли я примушую себе встати з ліжка й піти на тренування. Крім

того, прагнення болю замість задоволення йде врозріз із культурою, з усіма оптимістичними меседжами, що охоплюють безліч аспектів сучасного життя. Згідно з ученням Будди, потрібно знайти середній шлях між болем і задоволенням, але навіть середній шлях був зіпсований «тиранією зручності». Отже, ми повинні шукати й впускати біль у своє життя.

**Біль для лікування болю**

Навмисне застосування болю для лікування болю відоме принаймні з часів Гіппократа, який писав у своїх «Афоризмах» у 400 році до н. е.: «З двох видів болю, що виникають разом, не в одній частині тіла, сильніший біль послаблює інший»(119).

В історії медицини є багато прикладів використання больових чи шкідливих стимулів для лікування болісних хворобливих станів. Пов’язані з болем методи лікування (наприклад, застосування банок, припікання, прогрівання), що іноді називають «героїчною терапією», широко застосовувалися ще до 1900 року. Популярність героїчної терапії почала зменшуватися в XX столітті, коли медицина відкрила лікування фармацевтичними препаратами. З появою фармакотерапії використання болю для лікування болю почали сприймати як свого роду знахарство. Однак протягом останніх десятиліть стали очевидними обмеження й шкідливі наслідки фармакотерапії, тому відновився інтерес до нефармакологічних методів лікування, зокрема до болісних засобів.

У 2011 році Крістіан Спренджер та його колеги з Німеччини опублікували у провідному медичному журналі статтю, де надали емпіричне обґрунтування давніх ідей Гіппократа щодо болю. Вони використали нейровізуалізацію (фотографії мозку в реальному часі) для вивчення впливу високої температури й інших больових подразників, які прикладали до рук і ніг 20 здорових молодих жінок. Дослідники з’ясували, що суб’єктивне переживання болю, спричиненого первинним больовим подразником, послабилося після застосування другого больового подразника(120). Крім того, налоксон, котрий блокує опіоїдні рецептори, змінив це явище на протилежне. А це свідчить про те, що застосування болю приводить у дію процес вироблення ендогенних (створених самим організмом) опіоїдів.

У 2001 році Лю Сян, професор Китайської академії традиційної медицини у Пекіні, опублікував у виданні Chinese Science Bulletin статтю, в якій звернувся до багатовікової практики акупунктури і пояснив її вплив на основі сучасної науки. Він стверджував, що дія акупунктури опосередкована болем, а введення голок — це основний механізм: «Проколювання голкою здатне пошкодити тканину — це шкідливий стимул, що спричиняє біль ... вгамовуючи сильний біль слабким болем!»(121).

Зараз налтрексон, що блокує опіоїдні рецептори, вивчають як засіб медикаментозного лікування хронічного болю. Ідея полягає у тому, що блокуючи вплив опіоїдів, зокрема тих, які ми виробляємо самі (ендорфінів), ми примушуємо організм виробляти більше опіоїдів у межах адаптивної реакції. Під час дослідження 28 жінок із фіброміалгією (хронічний больовий стан невідомої етіології, котрий може бути обумовлений вродженим низьким порогом терпимості до болю) приймали по одній таблетці низькодозованого налтрексону у день протягом 12 тижнів, а також одну таблетку з цукру (плацебо) протягом 4 тижнів. Це було подвійне сліпе дослідження, тобто жінки, котрі брали участь

у дослідженні (як і самі дослідники), не знали про те, які саме таблетки вони приймають. Усім жінкам дали портативні комп'ютери, щоб вони щодня реєстрували рівень болю, втоми та інші симптоми. Піддослідні продовжили записувати симптоми протягом 4 тижнів після припинення прийому капсул. Автори дослідження дійшли такого висновку: «Піддослідні відчули значне зниження болю, коли приймали низькодозований налтрексон на відміну від плацебо. До того ж вони повідомили про підвищення загального рівня задоволення життям та покращення настрою під час приймання низькодозованого налтрексону»(122).

Подразнення мозку електричним струмом для лікування психічних захворювань почали застосовувати на початку XX століття. У квітні 1938 року Уґо Черлетті та Лучіно Біні вперше використали електросудомну терапію для лікування пацієнта віком 40 років, якого описували так: «Він висловлювався виключно незрозумілою тарабарщиною, утвореною з дивних неологізмів, а з часу його приїзду потягом з Мілану без квитка про його особистість нічого не було з'ясовано»(123).

Під час першого впливу електричного струму на мозок цього чоловіка Черлетті й Біні побачили таке: «Пацієнт раптово підстрибнув у ліжку, на дуже короткий проміжок часу всі його м'язи напружились, відразу після цього він упав на ліжко, не втративши свідомості. Незабаром пацієнт почав співати на верхніх нотах, а потім замовк. Наш досвід із собаками вказував на те, що напруга була надто низькою».

Черлетті й Біні сперечалися між собою, чи доцільно застосовувати ще один удар струмом за вищої напруги. Поки вони розмовляли, пацієнт вигукнув: «Non una seconda! Mortifera!» («Більше не треба! Це мене вб'є!»). Незважаючи на його протести, дослідники застосували другий удар струмом — повчальна історія про те, що у 1938 році не можна було їхати потягом до Мілану без квитка чи без можливості встановити особу.

Щойно пацієнт отямився після другого шоку, Черлетті й Біні побачили таке: «Він самостійно сів і спокійно та з легкою усмішкою озирнувся, немов запитуючи, чого від нього чекають. Я поцікавився у нього: «Що з вами трапилось?». Без будь-якої тарабарщини він відповів: «Я не знаю, може, я спав». Протягом наступних двох місяців перший пацієнт отримав ще тринадцять сеансів електросудомної терапії, після чого його відпустили, оскільки він повністю одужав».

Електросудомна терапія цілком успішно застосовується досі, хоча й гуманнішим способом. М'язові релаксанти й протисудомні засоби запобігають болісному скороченню м'язів. Анестетики дозволяють пацієнтам залишатися в сонному й практично несвідомому стані протягом усієї процедури. Отже, не можна сказати, що сам біль виступає у ролі посередника. Попри це, електросудомна терапія спричиняє в мозку горметичний шок, який, зі свого боку, стимулює широку компенсаційну реакцію для відновлення гомеостазу: «Електросудомна терапія забезпечує нейрофізіологічні та нейрохімічні зміни у макро- та мікросередовищі мозку. Існує припущення, що терапевтичний ефект електросудомної терапії обумовлений різноманітними змінами, що стосуються експресії генів, функціональної сполучності, нейрохімічних речовин, проникності гематоенцефалічного бар'єра та перебудови імунної системи»(124).

Згадаймо Девіда, сором'язливого любителя комп'ютерів, котрий опинився у лікарні через залежність від рецептурних стимуляторів. Після виходу з лікарні він почав

щотижня отримувати експозиційну терапію під керівництвом молодої талановитої психотерапевтки з нашої команди. Основний принцип експозиційної терапії полягає у тому, щоб протягом дедалі більших проміжків часу піддавати пацієнтів впливу тих самих чинників (наприклад, перебування серед людей, переїзд через мости, подорожі літаками), що викликають незручні емоції, яких вони намагаються позбавитися, і завдяки цьому посилити здатність витримувати подібні види діяльності. Згодом такі пацієнти можуть навіть почати насолоджуватися цим. Філософові Фрідріху Ніцше належить відоме висловлювання, яке повторила попзірка Келлі Кларксон: «Що нас не вбиває, робить нас сильнішими».

Враховуючи те, що Девід найбільше боявся розмовляти з незнайомцями, його першим завданням було примусити себе поговорити з колегами.

— Моє домашнє завдання у межах цієї терапії, — розповів він мені через декілька місяців, — полягало у тому, щоб піти на кухню, в кімнату відпочинку чи у кафетерій на роботі й поговорити з випадковими людьми. У мене був такий сценарій: «Привіт! Мене звати Девід. Я працюю у відділі розробки програмного забезпечення. А ви чим займаєтеся?». Я склав для цього розклад: перед обідом, під час обіду та після обіду. А далі я мав визначити рівень страждань до, під час і після за шкалою від 1 до 100, де 100 — найбільші страждання, які я міг собі уявити.

У світі, де ми часто себе вимірюємо (кроки, дихання, пульс), кількісне вираження будь-чого стало способом, завдяки якому ми здобуваємо досвід і описуємо його. Квантифікація не є для мене звичною справою, однак я навчилася застосовувати її як метод самоусвідомленості, що особливо добре резонує зі схильними до науки комп’ютерними фахівцями та інженерами, яких так багато у Кремнієвій долині.

— Тож як ви почувалися напередодні спілкування? Яка була кількість балів за тією шкалою? — запитала я.

— До того у мене було 100. Я відчував страшенний жах. У мене почервоніло обличчя. Я спітнів.

— Чого ви боялися?

— Я боявся, що інші люди будуть дивитися на мене й сміятися. Або зателефонують у відділ персоналу чи службу безпеки, бо я мав божевільний вигляд.

— Як усе пройшло?

— Нічого з того, чого я так боявся, не трапилося. Ніхто не дзвонив у відділ персоналу чи службу безпеки. Я залишався в цьому моменті якнайдовше, просто дозволивши тривозі пройти повз мене, але водночас з повагою ставився до часу інших людей. Спілкування тривало хвилини чотири.

— Як ви почувалися згодом?

— Після цього мій показник дорівнював 40. Значно менше тривоги. Тож я продовжував це робити за розкладом — три рази на день протягом кількох тижнів. І з плином часу мені ставало дедалі легше. Тоді я спробував поспілкуватися з людьми за межами роботи.

— Розкажіть мені про це.

— У кав’ярні Starbucks я навмисно затіяв розмову з баристою. Раніше я ніколи так не робив. Як правило, замовляв через застосунок, щоб узагалі уникнути спілкування з людьми. Проте цього разу я підійшов до стійки й замовив каву. Найбільше я боявся сказати чи зробити щось безглузде. Все було чудово, поки я не розлив трохи кави на стіл. Мені було дуже соромно. Коли я розповів про це психотерапевтці, вона сказала мені зробити це знову (розлити каву), але цього разу свідомо. Під час наступного походу у Starbucks я навмисно розлив каву. Я відчував тривогу, але згодом звик до цього.

— Чому ви усміхаєтеся?

— Не можу повірити, наскільки змінилося моє життя. Я почав менше остерігатись усього. Мені не потрібно заздалегідь усе планувати, щоб уникнути спілкування з людьми. Тепер я можу сісти у переповнений потяг і не спізнюватися на роботу, чекаючи наступного, а потім ще одного. Зустрічі з людьми, яких я більше ніколи не побачу, справді дарують мені задоволення.

Під час нейровізуалізації було встановлено, що в Алекса Гоннольда, відомого зараз у світі завдяки сходженню на скелю Ель Капітан у Йосеміті без страхування, активність мигдалеподібного тіла є нижчою за норму. У більшості з нас мигдалина — це ділянка мозку, яка починає світитися у сканері функціональної МРТ під час розгляду страшних картинок.

Дослідники, котрі вивчали мозок Гоннольда, висловили припущення, нібито він народився з меншим вродженим страхом, ніж в інших людей, що й допомогло йому досягти надприродних результатів у скелелазінні. Однак сам Гоннольд не погодився з таким припущенням: «Я зробив безліч одиночних сходжень і дуже багато працював над навичками скелелазіння, тому у мене досить велика зона комфорту. Тож усе, що я роблю й що здається надмірним, для мене є нормою»(125).

Найімовірніше, пояснення особливостей розуму Гоннольда полягає у тому, що завдяки нейроадаптації у нього сформувалася толерантність до страху. На мою думку, спочатку мозок Гоннольда нічим не відрізнявся від мозку звичайних людей з огляду на чутливість до страху. Однак протягом багатьох років занять скелелазінням він тренував свій мозок не реагувати на подразники, що викликають страх. Для того щоб налякати мозок Гоннольда, потрібно дещо більше чинників порівняно зі звичайною людиною, оскільки він дедалі частіше робив те, що кидало виклик смерті.

Слід зазначити, що у Гоннольда ледь не стався панічний напад, коли його помістили у сканер функціональної МРТ, щоб отримати зображення його «безстрашного мозку». Це свідчить про те, що толерантність до страху не завжди поширюється на всі елементи досвіду.

Алекс Гоннольд і мій пацієнт Девід здійснили сходження на різні схили тієї самої гори страху. Подібно до того як мозок Гоннольда адаптувався до сходження на скелю без мотузок, Девід натирав собі психологічні мозолі, щоб мати змогу переносити тривогу, водночас розвиваючи впевненість й компетентність, а також здатність жити у цьому світі. Біль для лікування болю. Тривога для подолання тривоги. Цей підхід суперечить здоровому глузду та є прямо протилежним тому, що нам говорили протягом останніх 150 років про подолання хвороб, страждань і незручностей.

**Залежність від болю**

— Згодом я почав усвідомлювати: що сильнішого болю завдає мені перший шок від холодної води, то більший кайф я відчуваю після цього. Тож я почав шукати способи підвищити планку. Придбав морозильну камеру для м’яса (контейнер з накривкою й умонтованим радіатором охолодження) і почав щоночі наповнювати її водою. До ранку там утворювався тонкий шар льоду (температура води була трохи нижче нуля). Перш ніж лягти у воду, мені потрібно було пробивати лід. Згодом я прочитав, що через декілька хвилин тіло нагріває воду, якщо вона не рухається, немов вир. Тож я придбав двигун і встановив його у ванну з крижаною водою. Це давало мені змогу підтримувати температуру замерзання, коли я перебував у воді. Крім того, я придбав для свого ліжка водяний матрац і встановив на ньому найнижчу температуру — приблизно 15 градусів.

Майкл раптово замовк і подивився на мене з кривою посмішкою.

— Отакої! Розповідаючи про це, я зрозумів, наскільки все це схоже на залежність.

У квітні 2019 року професор Алан Розенвассер з Університету штату Мен надіслав мені електронний лист із проханням надати йому примірник моєї спільної з колегою роботи про роль фізичних вправ у лікуванні залежності. Ми з професором ніколи досі не зустрічалися. Отримавши дозвіл від видавця, я надіслала йому цю роботу. Приблизно через тиждень професор Розенвассер написав мені знову:

Дякую, що поділилися зі мною. Я звернув увагу на одну проблему, що залишилась поза вашою увагою: питання про те, що саме представляє собою біг у колесі у мишей і щурів — модель для добровільної чи патологічної фізичної активності (залежності від фізичних вправ). Деякі тварини у колесах демонструють рівень бігу, що можна вважати надмірним. Одне з досліджень продемонструвало, що дикі гризуни використовують бігове колесо, яке залишили поза їхнім середовищем.

Я була вражена й відразу ж відповіла професорові. Далі між нами відбулася низка бесід. Доктор Розенвассер, який останніх 40 років вивчав циркадні ритми гризунів, відомі також як циркадні годинники, розповів мені багато цікавого про бігові колеса.

«Коли люди вперше почали виконувати цю роботу, — пояснив мені Розенвассер, — вони помилково припускали, що бігові колеса є способом відстеження спонтанної активності тварин: відпочинку в порівнянні з рухом. Згодом люди почали розуміти той факт, що бігові колеса не є чимось нейтральним. Вони цікаві самі собою. Одним з чинників, який прискорив цей процес, був нейрогенез гіпокампа у дорослих». Ідеться про зроблене кілька десятиліть тому відкриття стосовно того, що, всупереч

попередньому вченню, нові нейрони можуть утворюватися у людей навіть у середньому й похилому віці.

«Щойно люди визнали, що нові нейрони утворюються й інтегруються в нейронну мережу, — продовжив Розенвассер, — одним з найпростіших способів стимулювати нейрогенез стало бігове колесо, яке було навіть дієвішим, ніж збагачене середовище (приміром, складні лабіринти). Це спричинило цілу епоху досліджень з використанням бігового колеса».

«Виявляється, — сказав Розенвассер, — біговими колесами керують ті самі ендоопіоїдні, дофамінові, ендоканабіоїдні шляхи, котрі відповідають й за компульсивне вживання наркотиків. Важливо розуміти, що бігові колеса не завжди є моделлю здорового способу життя».

Інакше кажучи, бігові колеса — це наркотик.

Миші, яких поміщають у складний лабіринт з тунелів завдовжки 230 метрів, сполучених з клітками, у яких є вода, їжа, матеріал для риття й бігове колесо (тобто це велика територія, де можна робити чимало цікавого), більшу частину часу бігають у колесі, залишаючи значні сегменти лабіринту недослідженими. Щойно гризуни починають використовувати бігове колесо, їм важко зупинитися. На біговому колесі гризуни долають значно більшу відстань, ніж на плоскій біговій доріжці чи у лабіринті й під час пересування у природному середовищі. Якщо гризунам, яких тримають у клітках, надають доступ до колеса, то вони бігають доти, поки їхні хвости не стають закрученими вгору у напрямку голови, у формі самого колеса. При цьому що менше колесо, то більший вигин хвоста. У деяких випадках щури бігають, поки не помруть(126).

Використання бігового колеса залежить від його розташування, новизни й складності. Дикі миші віддають перевагу квадратним колесам перед круглими, а також колесам з бар’єрами перед колесами без них. Тварини демонструють у бігових колесах дивовижну координацію й акробатичні навички. Як діти у скейт-парку, вони «дозволяють неодноразово переносити себе на верхівку колеса вперед і назад, бігають по зовнішній поверхні колеса або ж угорі, зовні колеса, балансуючи на хвості».

В огляді 1997 року К. М. Шервін розмірковував про притаманні біговим колесам підкріплювальні властивості:

Тривимірність бігу в колесі може чинити на тварин підкріплювальну дію. Під час бігу в колесі тварина відчуває раптові зміни швидкості й напрямку руху, частково обумовлені екзогенними силами: моментом обертання й інерцією колеса. Цей досвід може бути підкріплювальним, подібно до того, як (деякі!) люди насолоджуються атракціонами на ярмарках, особливо рухом у вертикальній площині... Подібні зміни руху тварини навряд чи можуть пережити у природних умовах...

Йоганна Меєр та Юрій Робберс з Медичного центру Лейденського університету в Нідерландах розташували одне бігове колесо у міському районі, де живуть дикі миші, а інше — в дюнах, недоступних широкому загалу. Поблизу вони встановили відеокамери, щоб фільмувати кожну тварину, котра відвідає клітку протягом двох років. Зрештою дослідники виявили сотні прикладів того, що тварини використовували бігові колеса.

«Спостереження показали, що дикі миші бігали у колесах цілий рік: у зеленій міській зоні тварини неухильно збільшували кількість бігу наприкінці весни й найбільше бігали влітку, а в дюнах кількість бігу збільшувалася від середини до кінця літа й досягала максимуму наприкінці осені»(127). Колесо використовували не лише дикі миші, а й землерийки, щури, равлики, слимаки й жаби. Здебільшого тварини застосовували колесо навмисно й цілеспрямовано. Автори дослідження дійшли висновку: «Біг у колесі може сприйматися як заохочення навіть за відсутності відповідної винагороди у вигляді їжі, що вказує на значення мотиваційних систем, не пов’язаних із пошуками корму».

Відомий експеримент Брюса Александера «Парк щурів» став метафорою значення соціально-культурних чинників у формуванні залежності. Александер стверджує, що загострення проблеми залежності у сучасному суспільстві — це наслідок соціальної кризи, і я згодна з ним. Однак він приділяє занадто мало уваги широкому розповсюдженню надзвичайно дієвих продуктів, що стимулюють вироблення великої кількості дофаміну, а також нашій культурі споживацтва. Існує безліч людських еквівалентів бігового колеса. Парк щурів став парком розваг для щурів.

Екстремальні види спорту (стрибки з парашутом, кайтсерфінг, дельтапланеризм, гірськолижний спорт, сноубординг, каякінг, льодолазіння, катання на гірських велосипедах, плавання в каньйонах, банджіджампінг, бейсджампінг, польоти у костюмі-крилі) з величезною силою і швидкістю тиснуть на той бік терезів, де розташований біль. Сильний біль та (або) страх у поєднанні зі сплеском адреналіну — це сильнодійний наркотик. Науковці довели, що один лише стрес може збільшити вироблення дофаміну у шляху винагороди мозку й спричинити у мозку ті самі зміни, що й під впливом адиктивних наркотиків на кшталт кокаїну й метамфетаміну(128).

Подібно до того як багаторазовий вплив приємних подразників робить нас толерантними до них, у нас виникає толерантність й до больових подразників, котрі переналаштовують наш мозок на біль. Під час досліджень за участю парашутистів та учасників контрольної групи (веслярів) було встановлено, що парашутисти, які здійснюють багато стрибків з парашутом, протягом решти життя частіше відчувають ангедонію (відсутність радості). Автори дослідження написали про це так: «Стрибки з парашутом мають дещо спільне з адиктивною поведінкою, а часте переживання “природного кайфу” пов’язане з ангедонією»(129). Я б не назвала стрибки з літака на висоті 4 тисячі метрів «природним кайфом», однак погоджуюся із загальним висновком авторів дослідження: стрибки з парашутом можуть спричинити залежність, а постійні заняття парашутизмом здатні викликати стійку дисфорію.

Синдром перетренованості — це добре описаний, але погано вивчений стан спортсменів з видів спорту, що вимагають витривалості. Ці спортсмени тренуються настільки багато, що настає момент, коли фізичні вправи більше не приводять до вироблення ендорфінів у такій великій кількості, як раніше(130). Натомість після тренування вони відчувають спустошення й дисфорію, немов їхнє джерело винагороди вичерпалося й припинило працювати. Це можна порівняти з тим, що ми спостерігали у випадку з моїм пацієнтом Крісом та опіоїдами.

Технології дають змогу розширити межі людської витривалості. 12 липня 2015 року ультрамарафонець Скотт Юрек побив рекорд швидкості з бігу по Аппалацькій стежці. Він пробіг з Джорджії до Мену (3523 кілометри) за 46 днів 8 годин і 7 хвилин. Щоб досягти

такого виняткового успіху, Юрек покладався на технології й пристрої: легкий водонепроникний і термотривкий одяг, кросівки з вентиляцією, GPS-трекер, iPhone, системи гідратації, електролітні таблетки, алюмінієві складані трекінгові палиці, промислові розпилювачі води для імітації туману, льодовий охолоджувач для зниження температури тіла, харчування по 6–7 тисяч калорій у день, а також пневматичний пристрій для компресорного масажу ніг із живленням від сонячних батарей, установлених на даху фургону підтримки, яким керувала його дружина й члени команди(131).

У листопаді 2017 року біля берегів Антарктиди Льюїс П’ю лише у плавальному костюмі проплив один кілометр у воді, температура якої була мінус 3 градуси. Щоб дістатися туди, П’ю довелося подорожувати повітрям і морем з рідної Південної Африки до Південної Джорджії, віддаленого британського острова. Щойно П’ю проплив цю дистанцію, команда швидко переправила його на розташований поблизу корабель, де він занурився у гарячу ванну й залишався у ній наступних 50 хвилин, щоб повернути до норми температуру тіла. Без такого втручання він, напевно, загинув би.

На перший погляд може здатися, що сходження Алекса Гоннольда на скелю Ель Капітан — це людське досягнення, у якому зовсім не застосовувалися технології. Ніяких мотузок. Ніякого спорядження. Лише людина проти гравітації, людина, яка кидає виклик смерті, демонструючи дивовижну сміливість і майстерність. Утім, Гоннольд не зміг би досягти такого величезного успіху без «тисяч годин тренувань на маршруті Фрірайдер, коли він був прив’язаним до мотузок, відпрацьовуючи ретельно вивчену хореографію на кожному відрізку та запам’ятовуючи тисячі складних послідовностей рухів рук і ніг»(132). Сходження Гоннольда, зняте професійною знімальною групою, стало темою фільму, який переглянули мільйони людей, що зробило його надзвичайно популярним у соціальних мережах і принесло світову славу. Багатство й знаменитість, ще один аспект дофамінової економіки, сприяють посиленню адиктивного потенціалу подібних видів спорту.

Я не стверджую, що кожен, хто займається екстремальним спортом або спортом, що вимагає витривалості, має залежність, а лише наголошую на тому, що ризик залежності від будь-якої речовини чи поведінки збільшується зі зростанням дієвості, кількості й тривалості вживання. Люди, котрі занадто сильно або занадто довго тиснуть на той бік терезів, де перебуває біль, зрештою також можуть опинитися у стійкому стані дефіциту дофаміну.

### Залежність від роботи

Трудоголік — це шанований член суспільства. Мабуть, ніде це не відповідає дійсності настільки, як у Кремнієвій долині, де 100-годинний робочий тиждень і цілодобова доступність є нормою. У 2019 році, після трьох років щомісячних відряджень, я вирішила обмежити кількість поїздок, намагаючись привести роботу й особисте життя в рівновагу. Спочатку я відверто повідомляла людям, чому роблю це: мені потрібно більше часу для родини. Коли я відхиляла запрошення через таку «хіпівську» причину, як час для родини, це викликало у людей роздратування й образу. Зрештою я почала вдаватися до пояснення, що зустрічало менший спротив: у мене інша домовленість. Складалося враження, що моя робота в іншому місці є цілком прийнятною причиною.

У наш час невід’ємною частиною роботи «білих комірців» є різноманітні невидимі стимули — від перспективи отримання бонусів та опціонів на акції до можливості підвищення. Навіть у галузях на зразок медицини працівників заохочують приймати більше пацієнтів, виписувати більше рецептів і виконувати більше процедур, оскільки саме за це їм платять. Я отримую щомісячний звіт про свою продуктивність, яка вимірюється по тому, скільки рахунків я виставила від імені своєї установи.

На противагу цьому робота «синіх комірців» стає дедалі більш механізованою й відокремленою від самого змісту роботи. Люди, які працюють найманцями далеких бенефіціарів, мають обмежену автономію, скромну матеріальну винагороду й слабке відчуття загальної місії. Фрагментарна робота на конвеєрі применшує задоволення від досягнутого успіху й зводить до мінімуму контакти з кінцевим споживачем, а обидва ці чинники відіграють ключову роль у внутрішній мотивації. Внаслідок цього формується ментальність «потрудився на славу — маєш забаву», коли компульсивне надспоживання стає винагородою в кінці дня важкої праці.

Не дивно, що люди з рівнем освіти не вищим за рівень середньої школи, котрі мають низькооплачувану роботу, працюють менше, ніж будь-коли, тимчасом як високоосвічені наймані працівники витрачають більше часу на роботу(133). У 2002 році 20 % найбільш високооплачуваних працівників удвічі частіше працювали понаднормово порівняно з 20 % найменш оплачуваних працівників, і ця тенденція зберігається. На думку економістів, такі зміни обумовлені вищою винагородою, що отримують люди на вершині економічного харчового ланцюга.

Іноді я ловлю себе на тому, що мені важко припинити роботу, коли я вже почала. Потік глибокої концентрації є своєрідним наркотиком, оскільки вивільняє дофамін і створює піднесений стан. У сучасних багатих країнах така цілеспрямована зосередженість щедро винагороджується, проте вона може стати пасткою, коли заважає нам підтримувати тісний зв’язок з друзями й родиною решту свого життя.

**Вердикт щодо болю**

Біль у помірних дозах дає нам користь. Якщо ж нам занадто болить (як моїй пацієнтці Рейчел, котра так багато бігала, що в кістках ніг утворилися тріщини, але навіть після цього вона не змогла припинити бігати) чи ми завдаємо собі надмірно сильного болю (як моя пацієнтка Ебіґейл, яка різала внутрішню поверхню передпліч і стегон, щоб відчути насолоду й вгамувати постійний внутрішній монолог, і не могла зупинитися навіть через ризик утворення великих рубців та запалення) — ми ризикуємо вдатися до компульсивного, деструктивного надмірного споживання.

Головне — вгамовувати сильний біль слабким болем. Біль має переваги з погляду гормезису, тільки якщо він не занадто сильний або не триває занадто довго.

Немов відповідаючи на власне запитання стосовно того, чи не виникла у нього залежність від холодної води, Майкл сказав:

— Це ніколи не виходило з-під контролю. Два чи три роки я щоранку приймав десятихвилинну холодну ванну. Тепер я не так захоплений цим, як раніше. Я роблю це в

середньому тричі на тиждень. Чудово, що це стало родинним заняттям, яким ми займаємося разом з друзями.

Майкл продовжив:

— Вживання наркотиків завжди мало соціальний характер. У бізнес-школі більшість з нас дуже любили вечірки. Я завжди сидів поряд з усіма й випивав або нюхав кокаїн.

Зараз я не займаюсь нічим подібним. Натомість до нас приходить кілька друзів, у яких також є діти, і ми влаштовуємо вечірку холодної води. У мене є зроблена на замовлення ванна, яку встановили ще в 1940-х, і всі послідовно занурюються у неї, чергуючи це з гарячою ванною. У нас є таймер, і ми підбадьорюємо всіх, у тому числі дітей. Ця традиція прижилася також серед наших друзів. Раз на тиждень жінки з нашого кола друзів збираються, йдуть до Затоки й занурюються у воду по шию. Температура води там приблизно 15 градусів.

— А що тоді?

— Не знаю, — засміявся Майкл. — Мабуть, вони йдуть кудись і влаштовують вечірку.

Ми обоє посміхнулися.

— Ви декілька разів сказали, що це примушує вас почуватися живим. Чи можете ви це пояснити?

— Насправді мені не дуже до вподоби почуватися живим. Наркотики й алкоголь робили так, що це мені подобалось. Більше я не можу це робити. Коли я бачу, як люди веселяться на вечірках, у мене виникає легка заздрість, бо вони здатні на подібну втечу від реальності. Я розумію, що вони отримують тимчасове полегшення. Холодна ж вода нагадує мені, що почуватися живим може бути приємно.

Проникливість Майкла вразила мене, і я могла зрозуміти його. Крім того, мені сподобалася його чесність, яка є ще однією формою відновлювального болю.

## 8. Цілковита чесність

Кожна світова релігія та будь-який кодекс етики розглядають чесність як надзвичайно важливу частину морального вчення. Усі мої пацієнти, котрі досягли тривалого одужання, вважали здатність говорити правду запорукою стійкого психічного й фізичного здоров’я. Я також переконалася у тому, що цілковита чесність є основою добре прожитого життя.

Утім, постає запитання: як саме здатність говорити правду покращує життя?

Перш за все, визнаймо, що говорити правду боляче. Ми з найдавніших часів запрограмовані на те, щоб брехати, і це роблять усі — готові ми це визнати чи ні.

Діти починають брехати вже у два роки. Що розумніша дитина, то ймовірніше, що вона вдасться до обману й майстерно його опанує. У 3‒14 років схильність брехати зазвичай послаблюється: можливо, у цьому віці діти починають краще усвідомлювати, що брехня завдає шкоди іншим людям. З іншого боку, на відміну від дітей дорослі вдаються до витонченішого антисоціального обману, оскільки вони мають більш розвинуту здатність планувати й запам’ятовувати.

Доросла людина обманює в середньому 0,59‒1,56 разів на день(134). Як кажуть, на злодієві шапка горить. Тож шапки трохи димлять у всіх нас.

Люди — не єдині тварини, яким властива здатність обманювати. У тваринному світі безліч прикладів використання обману як зброї й щита. Приміром, жук ломехуза може проникати у колонії мурах, прикидаючись одним з них (завдяки виділенню хімічної речовини, через яку він пахне, як мураха). Прокравшись усередину, ломехуза їсть яйця й личинки мурах.

Проте жодна тварина не зрівняється з людською здатністю брехати. На думку фахівців з еволюційної біології, розвиток людської мови пояснює нашу схильність і надзвичайне вміння брехати. Ось як усе це відбувалось. Найвищої точки еволюція homo sapiens досягла на етапі формування великих соціальних груп, що стало можливим завдяки прогресу складних форм комунікації, котрі створили умови для розширення взаємовигідної співпраці. Слова, основною функцією застосовування яких була взаємодія, можна було використати й для обману та дезінформації. Що розвиненішою ставала мова, то витонченішою була брехня. Можливо, у брехні є певна адаптивна перевага, коли йдеться про боротьбу за обмежені ресурси.

Однак брехня у світі достатку може призвести до ізоляції, жадоби й патологічного надспоживання. Дозвольте мені пояснити.

— Ви маєте гарний вигляд, — сказала я Марії у квітні 2019 року, коли ми сиділи одна навпроти одної. Її темно-каштанове волосся було професійно укладене в красиву зачіску. Вона була одягнена у скромну сорочку з комірцем і штани. Марія посміхалася, була жвавою й здавалася такою ж зібраною, як і всі п’ять років, протягом яких я її лікувала.

У Марії була стійка ремісія розладу вживання алкоголю весь той час, що я її знаю. Я не вважаю її одужання своєю заслугою. Вона звернулася до мене на початку одужання й підтримувала цей процес переважно завдяки спільноті анонімних алкоголіків та спонсорові з цієї організації. Марія час від часу приходила до мене, щоб перевіритися й отримати новий рецепт на ліки. Я цілком впевнена, що навчилася у неї більшого, ніж вона у мене.

— Я прийшла додому й знайшла там пакунок Amazon для Маріо, — сказала Марія.

Маріо — її молодший брат. Марія та її чоловік Дієґо живуть разом з Маріо, аби підтримувати одне одного й заощаджувати на оренді житла на ринку нерухомості високого класу в Кремнієвій долині.

— Я вирішила відкрити цей пакунок, хоч він був адресований не мені. Частина мене знала, що цього не слід робити. Коли якось я відкрила братів пакунок, і він дуже розлютився. Однак я знала, що можу вдатися до того ж виправдання, що й раніше: нібито я переплутала його ім’я зі своїм, оскільки вони дуже схожі. Я сказала собі, що заслуговую на одне невеличке задоволення після довгого й важкого робочого дня. Зараз навіть не пам’ятаю, що було всередині. Хіба це не божевілля?

Марія подивилася на мене:

— Насправді це не мало значення. Мені просто хотілося відкрити його. Згодом я знову щільно закрила пакунок, намагаючись зробити так, наче його ніхто не відкривав, і залишила з рештою пошти. Правду кажучи, я забула про це. Через кілька годин Маріо прийшов додому й відразу звинуватив мене у тому, що я відкрила пакунок. Я збрехала. Він запитав мене знову, і я знову збрехала. Він продовжував говорити: «Схоже, хтось його відкривав». А а продовжувала говорити: «Це не я». Тоді він справді розлютився, взяв пошту й пакунок і пішов у свою кімнату, гримнувши дверима.

Марія мала справу з обманом з раннього віку. Вона росла з мамою, яка пила до непритомності й водила авто у стані сп’яніння, коли у ньому перебувала Марія. А ще у неї був тато, який покинув родину на декілька років, поїхавши у місце, яке нікому не дозволялося називати і яке вона навіть зараз не бажає розкривати на знак поваги до приватного життя батька. Марія мусила піклуватися про молодших братів і сестер, прикидаючись у зовнішньому світі, що дома все гаразд. Коли у двадцять із чимось років Марія сама потрапила в алкогольну залежність, вона уже добре попрактикувалася у перетасовуванні різних варіантів реальності.

— Тієї ночі я дуже погано спала. Наступного ранку мені стало зрозуміло, що саме я мушу зробити. Я зайшла на кухню, де снідали Маріо й Дієґо, і сказала: «Маріо, я справді відкрила твій пакунок. Знала, що він твій, і все-таки відкрила. А потім спробувала приховати це. А потім про все збрехала. Будь ласка, вибач мене».

Марія продовжила:

— Я ні за що не зробила б цього, коли ще пила. Тоді я брехала про все й ніколи не брала на себе відповідальність за власні вчинки. Море брехні, і у половині випадків вона навіть не мала сенсу.

Колись Дієґо розповів мені, як Марія ховалася у ванній, щоб випити: вмикала душ, щоб чоловік не чув, як відкриваються пляшки пива, не усвідомлюючи при цьому, що він чує клацання відкривачки, коли вона діставала її зі схованки за дверима ванної кімнати. Марія випивала шість пляшок пива за один раз, потім наливала у пляшки воду й приклеювала кришки. «Невже вона справді думала, — сказав Дієго, — що я не відчую запах клею чи не відрізню воду від випивки?».

— Я брехала, щоб приховати свою пиятику, і заразом брехала про інші речі. Навіть про те, що зовсім не мало значення: куди я йду, коли повернуся, чому запізнилася, що їла на сніданок.

У Марії сформувалася звичка брехати. Брехня, що спочатку давала змогу приховати пиятику матері й відсутність батька, а згодом її власну залежність, перетворилася у самоціль. Виробити звичку брехати — надзвичайно легко. Всі ми постійно вдаємося до брехні, зазвичай не усвідомлюючи цього. Наша брехня така незначна й непомітна, що ми переконуємо себе, ніби говоримо правду. Або ж це не має значення, хоча ми й розуміємо, що брешемо.

— Коли я зізналась того дня Маріо, навіть знаючи, що він буде гніватися, я зрозуміла: щось справді змінилося у мені, у моєму житті, — сказала Марія. — Я усвідомила, що твердо налаштована прожити своє життя інакше, краще. Покласти край усій цій дрібній брехні, котра заповнювала мій розум і примушувала відчувати провину й страх — провину за брехню, а страх через те, що хтось про це дізнається. Усвідомила, що поки я говорю правду, мені не потрібно хвилюватися про все це. Я вільна. Коли я розповіла братові правду про той пакунок, це був перший крок до того, щоб наші взаємини стали ближчими. Після цього я пішла нагору й почувалася дуже добре.

Цілковита чесність (здатність говорити правду про все, важливе й незначне, особливо коли це викриває наші недоліки й спричиняє певні наслідки) має велике значення не лише для подолання залежності, а й для того, щоб ми мали змогу жити гармонійним життям у сучасній екосистемі, насиченій винагородами. Це працює на декількох рівнях. По-перше, цілковита чесність допомагає нам усвідомлювати власні дії. По-друге, вона сприяє формуванню близьких стосунків між людьми. По-третє, вона забезпечує правдиву автобіографію, що покладає на нас відповідальність не лише за наше теперішнє «я», а й за майбутнє.

**Усвідомлення**

Як ви пам’ятаєте, щоб уникнути поклику сирен, Одіссей попросив членів команди прив’язати його до щогли. Якщо замислитися, то це трохи дивно, адже він міг би заліпити собі вуха воском, що й наказав зробити решті команди. Але Одіссей учинив так не для того, щоб покарати себе. Маловідомий епілог цієї історії свідчить про те, що сирен міг убити тільки той, хто почує їхній спів, залишиться живим і про все розповість. Одіссей подолав сирен, розповівши згодом про подорож, під час якої ледве не загинув. Убивчими були слова.

Міф про Одіссея висвітлює головну особливість зміни поведінки: коли ми розповідаємо про власний досвід, це дає нам владу над ним. Хоч би про що йшлося: сеанси психотерапії, розмови зі спонсором з групи анонімних алкоголіків, сповідь перед священником, довірливі бесіди з другом чи запис у щоденнику — в усіх цих випадках чесна розповідь висвітлює нашу поведінку, іноді дозволяючи нам уперше побачити її. Це особливо стосується поведінки, рівень автоматизму якої перебуває за межами нашого усвідомлення.

Компульсивно читаючи любовні романи, я лише частково усвідомлювала, що роблю це. Тобто я знала про цю поведінку і водночас не знала про неї. Це добре відоме явище, пов’язане із залежністю, своєрідний напівсвідомий стан, схожий на сон наяву, який часто називають *запереченням*. Утворюється розрив між шляхом винагороди й вищими ділянками кори головного мозку, що дають нам змогу розповідати про події свого життя,

усвідомлювати наслідки й складати плани на майбутнє. Безліч методів лікування залежності полягає у посиленні та відновленні зв’язків між цими ділянками мозку.

Нейробіолог Крістіан Рафф та його колеги дослідили нейробіологічні механізми чесності(135). Під час одного експерименту вони запропонували піддослідним (145 осіб) зіграти у кості на гроші за допомогою комп’ютерного інтерфейсу. Після кожного кидка кубика на екрані з’являлася інформація про те, які результати забезпечать грошову виплату — до 90 швейцарських франків (приблизно 90 доларів США). На відміну від азартних ігор у казино учасники дослідження могли брехати про результати кидка кубика, щоб збільшити власний виграш. Дослідники мали можливість визначити рівень нечесної гри, порівнявши середній відсоток повідомлених успішних кидків з 50 % стандартного показника, визначеного на основі цілковито чесного повідомлення результатів. Не дивно, що учасники дослідження часто вдавалися до обману. На противагу чесним показникам у 50 % піддослідні повідомляли про те, що 68 % кидків кубиків мали бажаний результат.

Далі дослідники застосували електричний струм, щоб посилити збудливість нейронів у префронтальній корі головного мозку піддослідних, скориставшись для цього методом транскраніальної стимуляції постійним струмом. Префронтальна кора розташована у передній частині головного мозку, безпосередньо за лобом, і бере участь у прийнятті рішень, регулюванні емоцій, плануванні майбутнього та багатьох інших складних процесах. Крім того, це основна ділянка мозку, задіяна у процесі розповіді історій.

Дослідники з’ясували, що рівень обману знижується вдвічі, коли підвищується збудливість нейронів префронтальної кори. До того ж посилення чесності «не можна було пояснити зміною особистої матеріальної вигоди або моральних переконань, і воно не було пов’язане з імпульсивністю, готовністю ризикувати та настроєм піддослідних». Автори дослідження дійшли висновку, що чесність можна посилити шляхом стимуляції префронтальної кори — це узгоджується з ідеєю стосовно того, що «в процесі еволюції у мозку людини сформувалися механізми, призначені для управління складною соціальною поведінкою».

Під впливом цього експерименту я замислилася про те, чи не може практика чесності стимулювати активацію префронтальної кори шляхом зворотного процесу. Я написала електронного листа Крістіанові Раффу в Швейцарію, щоб дізнатися його думку щодо цього.

«Якщо стимуляція префронтальної кори робить людей чеснішими, то чи існує можливість, що більша чесність стимулює префронтальну кору? Чи може практика висловлення правди посилити активність і збудливість тих ділянок мозку, які ми використовуємо для планування майбутнього, регулювання емоцій та відкладеного задоволення?» — запитала я.

Рафф відповів: «Ваше запитання має сенс. У мене немає остаточної відповіді, однак я згоден з вашою інтуїтивною здогадкою стосовно того, що відповідний нейронний процес (скажімо, процес у префронтальній корі, пов’язаний з чесністю) має посилюватися шляхом багаторазового застосування. Саме це відбувається під час більшості типів навчання, згідно зі старим принципом Дональда Гебба про те, що між нейронами, котрі активуються разом, установлюється зв’язок».

Мені сподобалася відповідь Раффа, оскільки вона припускала, що практика цілковитої чесності може зміцнювати відповідні нейронні мережі так само, як вивчення другої іноземної мови, гра на фортепіано чи освоєння судоку посилює інші мережі.

Усвідомлення того, що у мене є проблема з читанням любовних романів, з’явилось у 2011 році в Сан-Матео, де я навчала групу слухачів резидентури за фахом «психіатрія», як розмовляти з пацієнтами про адиктивну поведінку. Чудово розумію іронію цієї ситуації.

Я була в аудиторії на першому поверсі медичного центру Сан-Матео, де читала лекцію дев’яти лікарям-резидентам із психіатрії про те, як проводити важкі бесіди з пацієнтами про наркотичну й алкогольну залежність. Посеред лекції я зупинилася й запропонувала слухачам виконати навчальну вправу: «Розділіться на пари й обговоріть з партнером звичку, яку ви хочете змінити, а також кроки, які можна зробити для досягнення цього».

До найпоширеніших прикладів того, про що говорять студенти під час виконання цієї вправи, належить таке: «Я хочу більше тренуватися», «Я хочу їсти менше солодкого». Інакше кажучи, вони обговорюють безпечні теми. Якщо навіть у когось із слухачів є серйозна залежність, про це зазвичай не згадують. Попри це, обговорення будь-якої поведінки, якою студенти невдоволені й котру прагнуть змінити, дає їм змогу зрозуміти, як саме пацієнти сприйматимуть подібні бесіди з ними як з медичними працівниками. До того ж завжди є шанс, що під час виконання вправи вони дізнаються щось про себе.

Я зрозуміла, що студентів є непарна кількість й мені доведеться стати партнеркою одного з них. Мені дістався лагідний, вдумливий юнак, котрий уважно слухав лекцію. Я взяла собі роль пацієнтки, щоб він міг відпрацювати навички. Згодом ми могли б помінятися ролями. Він запитав мене, яку поведінку я хотіла б змінити. М’які манери юнака заохочували розповісти про все. На свій подив, я почала розповідати йому нейтральну версію нічного читання романів, але змовчала про те, що саме читаю і якого масштабу сягнула проблема.

— Я до пізньої ночі читаю, що порушує мій сон. Мені б хотілось це змінити, — сказала я.

Вимовивши це, я зрозуміла, що це правда — і те, що я занадто довго не лягаю спати, читаючи книжки, і те, що хочу змінити свою поведінку. До того моменту я насправді не усвідомлювала ні те, ні інше.

— Чому ви прагнете змінити це? — запитав він, використовуючи стандартне запитання мотиваційних бесід (метод консультування, частково розроблений клінічними психологами Вільямом Міллером і Стівеном Роллніком з метою вивчення внутрішньої мотивації й усунення двозначності).

— Це заважає мені бути настільки ефективною, як я хочу, на роботі й з дітьми, — сказала я.

Він кивнув головою:

— Здається, це вагомі причини.

Він був правий. Це були вагомі причини. Промовивши їх уголос, я вперше усвідомила, наскільки моя негативна поведінка впливає на моє життя й людей, котрі мені не байдужі.

— Що ви втратите, припинивши таку поведінку? — запитав він далі.

— Я втрачу задоволення, яке отримую від читання. Мені подобається така втеча від реальності, — відповіла я відразу. — Утім, це відчуття не таке важливе для мене, як родина й робота.

У процесі розмови до мене знову прийшло усвідомлення, що це правда: я ціную родину й роботу більше, ніж власне задоволення, і щоб жити відповідно до своїх цінностей, мені потрібно припинити компульсивне читання, котре замінювало мені реальний світ уявним.

— Який один крок ви можете зробити, щоб змінити таку поведінку?

— Позбавитися електронної книги. Легкий доступ до дешевих книжок розпалює мою пристрасть до нічного читання.

— Здається, це хороша ідея, — сказав він і усміхнувся. Ми закінчили ту частину вправи, в якій я була пацієнткою.

Наступного дня я усе ще розмірковувала про нашу розмову. І вирішила наступного місяця зробити перерву в читанні любовних романів. Спочатку я позбавилася електронної книги. Протягом перших двох тижнів у мене були певні ознаки синдрому відмови, зокрема тривога й безсоння, особливо ввечері перед сном, тобто у той час, коли я зазвичай читала романи. Я втратила здатність засинати самостійно.

Наприкінці місяця моє самопочуття покращилося, тому я дозволила собі знову читати любовні романи, плануючи робити це поміркованіше. Натомість я почала поглинати еротику й не спала дві ночі поспіль, через що почувалася виснаженою. Однак навіть під час читання частиною розуму я усвідомлювала, що роблю, і це не лише змушувало мене відчувати сором, але й зміцнювало дедалі більшу рішучість припинити таку поведінку. Мій сон наяву добігав кінця.

**Близькість**

Компульсивне надспоживання продуктів, що сприяють виробленню великої кількості дофаміну — це антитеза людської прихильності. Споживання призводить до ізоляції й байдужості, оскільки наркотик починає займати місце винагороди від стосунків з іншими людьми. Під час дослідів вільний щур інстинктивно намагався звільнити іншого щура, який застряг у пластиковій пляшці(136). Однак щойно вільному щурові дозволили отримувати героїн, його більше не цікавило звільнення щура, який опинився у пастці. Мабуть, опіоїдна імла занадто полонила його, щоб він переймався через іншого представника свого виду.

Ми з Джейкобом зустрічалися час від часу ще багато місяців і років після його рецидиву. Він продовжував утримуватися від адиктивної поведінки. Практика цілковитої чесності, особливо з дружиною, була основою його поточного одужання. Під час одного з візитів Джейкоб розповів мені історію про те, що трапилося невдовзі після того, як вони з дружиною знову почали жити разом.

Через день після повернення до їхнього спільного дому дружина Джейкоба наводила лад у ванній кімнаті й помітила, що на шторах для душу відсутнє одне кільце. Вона запитала чоловіка, чи знає він, що трапилося з тим кільцем.

— Я завмер, — розповідав мені Джейкоб. — Я чудово знав, що сталося з кільцем від штор для душу, але не хотів розповідати їй про це. У мене було безліч поважних причин. Це було дуже давно. Якщо я розповім їй, вона лише засмутиться. У нас зараз усе так добре, а це все тільки зіпсує.

Але потім Джейкоб нагадав собі про те, якою згубною була його брехня й приховані вчинки для їхніх стосунків. Перш ніж його дружина повернулася, він пообіцяв, що буде чесним з нею, хай там що.

— Тож я сказав: «Я використав його, щоб зробити одну зі своїх машин. Це було рік тому, після того, як ти пішла. Більше я цього не роблю. Але я обіцяв, що буду чесним з тобою, тому й розповідаю про це».

— Що вона зробила? — запитала я.

— Я думав, вона скаже мені, що все скінчено, і знову покине мене. Проте вона не накричала на мене і не сказала, що покине мене. Вона поклала руку мені на плече і промовила: «Дякую, що сказав мені правду». А потім обійняла мене.

Схильність говорити правду приваблює людей, особливо коли ми готові показати свою уразливість. Це суперечить здоровому глузду, оскільки ми вважаємо, що розкриття менш приємних аспектів нашого «я» відштовхне людей. Було б цілком логічно, якби люди відмежовувалися від нас, дізнавшись про наші вади й провини. Насправді ж усе навпаки — люди стають ближчими. У нашій зламаності вони бачать власну уразливість й людяність. Їх заспокоює те, що вони не самотні у своїх сумнівах, страхах і слабкостях.

Близькість, зі свого боку, сама є джерелом дофаміну. Окситоцин — це гормон, що бере активну участь у формуванні закоханості, зв’язку між матір’ю й дитиною, а також подружнього зв’язку на все життя. Цей гормон зв’язується з рецепторами тих нейронів зі шляху винагороди, які виробляють дофамін, посилюючи активацію мережі винагороди. Інакше кажучи, окситоцин призводить до підвищення рівня дофаміну в головному мозку — такого висновку нещодавно дійшли нейробіологи Лін Гун, Роб Маленка та їхні колеги у Стенфордському університеті(137). Коли Джейкоб чесно розповів усе дружині, котра виявила до нього теплоту й співчуття, найімовірніше він відчув сплеск окситоцину й дофаміну у шляху винагороди, що спонукало його робити так знову.

Будь-яку поведінку, що призводить до підвищення рівня дофаміну, можна використати на зло. Наприклад, у сучасній культурі значного поширення набуло так зване порнографічне розкриття інформації. Йдеться про явище, коли виявлення інтимних

аспектів життя стає способом маніпулювання іншими людьми заради певного егоїстичного задоволення, а не заради зміцнення близькості через момент спільної людяності.

У 2018 році я відвідала медичну конференцію з питань залежності, де сиділа поряд з чоловіком, котрий розповів, що перебуває у процесі тривалого одужання від залежності. Він приїхав на конференцію, аби розказати присутнім свою історію одужання. Перед тим як піднятися на сцену, чоловік повернувся до мене зі словами: «Приготуйтеся плакати». Це викликало у мене огиду. Мене занепокоїло, що він очікував, як я відреагую на його історію.

Той чоловік розповів справді жахливу історію залежності й одужання, але вона не зворушила мене до сліз, що мене здивувало, адже зазвичай я буваю глибоко вражена розповідями про страждання й порятунок. Історія цього чоловіка здавалася неправдивою, хоча вона могла бути достовірною. Слова, які він промовляв, не відповідали емоціям, що за ними стояли. Замість відчуття, що він надає нам привілейований доступ до болісного періоду свого життя, складалося враження, ніби він лише хизується й маніпулює присутніми. Можливо, річ була у тому, що свою історію він часто переповідав у минулому й багаторазове повторення зробило її черствою. Та хай би якою була причина, ця історія не викликала у мене натхнення.

У спільноті анонімних алкоголіків існує добре відоме явище, що має назву «дранкалоги» — розповіді про п’яні подвиги, якими люди діляться заради розваги й позерства, а не для того, щоб навчити когось і вчитися самому. Зазвичай дранкалоги провокують бажання випити, а не сприяють одужанню. Між чесним саморозкриттям і маніпулятивним дранкалогом існує тонка межа (зокрема, ледь помітні відмінності змісту, тону, модуляції голосу й емоцій), однак її легко розпізнати, почувши на власні вуха.

Сподіваюсь, наведені тут історії (мої особисті розповіді, а також випадки пацієнтів, котрі дозволили мені розказати про себе) не опиняться на хибному боці цієї межі.

**Відповідальність**

Прості й правдиві розповіді про повсякденне життя — це немов ланки ланцюга, що утворюють правдиві автобіографічні наративи, які є важливим показником прожитого життя. Історії, які ми розповідаємо про своє життя, не лише слугують мірою нашого минулого, а й можуть сформувати майбутнє. За більш ніж 20 років роботи психіатром я вислухала десятки тисяч історій пацієнтів і переконана, що те, як саме ми розповідаємо особисті історії, є маркером і предиктором психічного здоров’я.

Пацієнти, в історіях яких вони завжди є жертвами й рідко беруть на себе відповідальність за негативні наслідки, здебільшого мають погане самопочуття і залишаються у цьому стані й надалі. Такі пацієнти надто зайняті перекладанням провини на інших, щоб узятися за власне одужання. На противагу цьому, коли пацієнти починають розповідати історії, в яких старанно описують свою відповідальність, я знаю, що їм стане краще. Наратив з погляду жертви відображає ширшу суспільну тенденцію, відповідно до якої усі ми схильні вважати себе жертвами обставин, котрі заслуговують компенсації або винагороди за страждання. Навіть коли люди справді були жертвами, якщо наратив не виходить за межі психології жертви, досягти зцілення важко.

Одне із завдань хорошої психотерапії полягає у тому, щоб допомогти людям розповісти свої історії зцілення. Якщо автобіографічний наратив — це річка, то психотерапія є тим засобом, який дає можливість нанести цю річку на карту, а інколи й скерувати її в іншому напрямку. Історії про зцілення тісно пов’язані з подіями реального життя. Пошук і виявлення правди або ж того, що з урахуванням фактів найбільш наближене до правди, дає нам можливість глибоко зрозуміти й осмислити те, що з нами відбувається, а це, у свою чергу, допомагає нам робити поінформований вибір.

Як я вже говорила, сучасна практика психотерапії іноді не досягає цієї високої мети. Ми як постачальники послуг з охорони психічного здоров’я так захопилися практикою емпатії, що деколи забуваємо: емпатія без відповідальності є недалекоглядною спробою полегшити страждання. Якщо психотерапевт і лікар відтворюють історію, де пацієнт завжди залишається жертвою непідвладних йому сил, існує велика ймовірність, що цей пацієнт і надалі буде жертвою. Утім, коли психотерапевт допоможе пацієнтові взяти на себе відповідальність якщо не за саму подію, то хоча б за те, як він реагує на неї тут і тепер, то це додасть пацієнтові сили рухатися далі.

Мене глибоко вразила філософія й вчення спільноти анонімних алкоголіків, гасло якої часто друкується у брошурах жирним шрифтом — «Я є відповідальний»(138). Організація «Анонімні алкоголіки» надає особливого значення цілковитій чесності як основній заповіді своєї філософії. Четвертий з 12 кроків вимагає, щоб члени АА зробили «сумлінну та безстрашну моральну самоінвентаризацію», під час якої людина має проаналізувати вади свого характеру, а також те, яким чином вони призвели до виникнення проблеми. Цей прямий, практичний та систематичний підхід може мати потужний і трансформаційний вплив.

Я особисто пройшла через це у 30 із чимось років під час навчання в резидентурі з психіатрії у Стенфорді. Мій науковий керівник і наставник із психотерапії (той самий чоловік у капелюсі, про якого я вже згадувала) запропонував мені спробувати програму «12 кроків», щоб подолати свої образи на матір. Він задовго до мене зрозумів, що я чіпляюся за свій гнів, удаючись до румінації й демонструючи ознаки залежності. У минулому я витратила багато років на психотерапію, намагаючись зрозуміти свої стосунки з матір’ю, але ці сеанси тільки посилювали мій гнів на неї за те, що вона не була такою матір’ю, якою б я хотіла її бачити та яка, на мою думку, була б мені потрібна.

Мій науковий керівник великодушно розповів мені, що сам уже десятки років проходить реабілітацію від алкогольної залежності, а також що АА й програма «12 кроків» допомогли йому стати на цей шлях. Хоча моя проблема не була власне залежністю, мій керівник інтуїтивно зрозумів, що програма «12 кроків» допоможе мені, і погодився допомогти мені її пройти.

Я проходила кроки програми разом з професором, і цей досвід виявився справді трансформаційним, особливо четвертий крок. Уперше в житті я не фокусувалася на тому, як моя мати підвела мене, а почала розмірковувати про свій внесок у наші напружені стосунки. Я зосередилася на недавньому спілкуванні з матір’ю, а не на подіях дитинства, оскільки у дитинстві я була менш відповідальною за власні вчинки.

Спочатку мені було важко зрозуміти, які мої дії призвели до загострення проблеми. Я дійсно бачила себе безпомічною жертвою, як не крути. Я думала лише про небажання

матері відвідувати мене у моєму домі чи підтримувати стосунки з моїм чоловіком й дітьми на противагу її ближчим стосункам з моїми братами й сестрами та їхніми дітьми. Мене обурювало те, що я вважала нездатністю матері прийняти мене такою, як є: мені здавалося, що вона хотіла бачити мене іншою людиною — більш сердечною, поступливішою й невибагливішою, веселішою й менш самодостатньою.

Але потім я почала записувати (так, записувати на папері, у такий спосіб зробивши все це дуже реальним) вади характеру й те, як вони сприяли загостренню наших напружених стосунків. Як сказав Есхіл, ми повинні вистраждати правду.

Чесно кажучи, я тривожна й боязка людина, хоча мало хто здогадується про це. Щоб упоратися з тривожністю, я дотримуюся жорсткого режиму й передбачуваного розпорядку, а також неодмінно виконую усі пункти зі списку справ. Це означає, що інші змушені підкорятися моїй волі й тому, чого вимагають мої цілі. Материнство стало найприємнішим досвідом у моєму житті, однак воно спричиняло також найбільшу тривогу. Саме тому, коли діти були маленькими, мої методи захисту й подолання стресу сягнули нових висот. Озирнувшись назад, я усвідомила, що у той період не могла бути приємною для людей, які відвідували наш дім, у тому числі й для матері. Я тримала домашнє господарство під жорстким контролем і відчувала гостру тривогу, коли мені здавалося, що щось не в порядку. Я наполегливо працювала, майже не приділяючи часу собі, друзям і родині або ж тому, щоб відновити сили. Насправді мені було не дуже весело у ті дні, хіба що, сподіваюся, з дітьми.

Щодо моєї образи на матір за те, що вона хотіла, аби я була інакшою — раптово, з разючою ясністю мені стало зрозуміло, що я сама винна у такому ж ставленні до неї. Я відмовлялася приймати матір такою, як є, натомість бажаючи, щоб вона була як Мати Тереза, котра приїде до нашого дому й буде піклуватися про всіх нас так, як нам це потрібно. Вимагаючи, щоб вона жила у відповідності з ідеалізованою версією того, якою на мій погляд має бути мати й бабуся, я могла бачити лише її недоліки, а не хороші риси, яких у неї вдосталь. Моя мати талановита художниця. Вона чарівна. Вона може бути веселою й кумедною. У неї добре серце й поступливий характер, якщо вона не почувається засудженою чи покинутою.

Опрацювавши «12 кроків», я змогла чіткіше побачити правду, моє почуття образи зникло. Я звільнилася від важкого тягаря гніву на матір. Яке полегшення!

Моє зцілення сприяло покращенню стосунків з матір’ю. Я стала менш вимогливою, навчилася прощати й менше засуджувала її. Крім того, я дізналася про багато позитивних наслідків напруження між нами: наприклад, я не була б такою стійкою й самодостатньою, якби ми з матір’ю були більш сумісними.

Я досі намагаюся практикувати подібне висловлювання правди в усіх стосунках. Мені не завжди вдається досягти успіху, тож я інстинктивно намагаюся звинуватити у цьому когось іншого. Однак я дисциплінована й старанна, а також усвідомлюю, що сама за все відповідаю. Коли мені вдається розповісти собі й іншим про справжню версію себе, у мене виникає відчуття правильності й справедливості, що надає світові того порядку, якого я так прагну.

**Автентичність**

Правдивий автобіографічний наратив дає нам змогу бути більш автентичними, спонтанними й вільними. У 1960-х психоаналітик Дональд Віннікотт увів концепцію хибного «я»(139). За Віннікоттом, хибне «я» — це особистість, яку створює людина для захисту від нестерпних зовнішніх вимог і стресорів. Він стверджував, що створення хибного «я» може призвести до виникнення глибокого почуття порожнечі, коли людина відчуває повне спустошення.

Соціальні медіа сприяють загостренню проблеми хибного «я», полегшуючи процес складання далеких від реальності історій про наше життя й навіть заохочуючи нас до цього. У віртуальному житті мій пацієнт Тоні (юнак віком понад 20 років) щоранку бігав, зустрічаючи схід сонця, цілий день займався конструктивними й амбіційними художніми проєктами й отримував багато винагород. У реальному житті він ледве міг вибратися з ліжка, компульсивно переглядав порно в інтернеті, даремно намагався знайти прибуткову роботу, а також був ізольований, пригнічений і думав про самогубство. Мало що з реального повсякденного життя Тоні можна було побачити на його сторінці у фейсбуці.

Коли пережитий нами досвід відрізняється від спроєктованого образу, ми зазвичай почуваємося відособленими й нереальними, такими ж фальшивими, як створений нами штучний образ. Психологи називають це відчуття *дереалізацією* й *деперсоналізацією*. Це жахливе відчуття, що часто провокує думки про самогубство. Зрештою, якщо ми не почуваємося реальними, навмисна смерть здається несуттєвою.

Антидот від хибного «я» — істинне «я». Способом його отримати є цілковита чесність. Вона прив’язує нас до нашого буття, допомагаючи відчувати себе реальними у цьому світі. До того ж чесність зменшує когнітивне навантаження, необхідне для того, щоб відстоювати брехню, та вивільняє психічну енергію для більшої спонтанності життя у поточному моменті. Коли ми перестаємо працювати над подачею свого хибного «я», ми стаємо відкритішими для себе та для інших людей. У книжці «Продовження буття» (Going on Being) психіатр Марк Епштайн написав про власну подорож до автентичності таке: «Щойно я перестав намагатись керувати своїм середовищем, я почав відчувати приплив енергії, знаходити рівновагу, дозволяти собі відчуття спорідненості з непередбачуваним світом природи та зі своїм внутрішнім світом»(140).

**Мислення достатку**

Нейробіолог Воррен Бікел та його колеги провели експеримент, метою якого було вивчення того, як змінюється схильність учасників дослідження відкладати задоволення за грошову винагороду після того, як вони прочитали уривок наративного тексту з описом моментів скрути й достатку.

В історії про скруту звучало таке: «Вас щойно звільнили з роботи. Тепер ви вимушені переїхати до родича, котрий мешкає у тій частині країни, яка вам не подобається. Окрім того, вам доведеться витратити на цей переїзд усі заощадження. Ви не маєте права на отримання допомоги у зв’язку з безробіттям, тож у вас не буде жодного доходу, поки ви не знайдете іншу роботу»(141).

В історії про достаток ішлося про таке: «Ви щойно отримали підвищення на роботі. У вас є можливість переїхати у ту частину країни, де ви завжди хотіли жити, або ж ви

зможете й далі мешкати там, де зараз. Хай там що, компанія дає вам велику суму грошей для покриття витрат на переїзд і дозволяє залишити собі те, що ви не витратите. Ви будете заробляти на сто відсотків більше, ніж на попередній роботі».

Як і слід було очікувати, дослідники з’ясували, що учасники дослідження, котрі прочитали розповідь про скрутну ситуацію, були менш готові чекати винагороди у далекому майбутньому й частіше хотіли отримати винагороду негайно порівняно з піддослідними, які прочитали розповідь про достаток. Цілком логічно, що коли ресурсів не вистачає, люди виявляють більшу зацікавленість у негайному прибутку, а також менше впевнені в тому, що винагорода чекатиме їх у майбутньому. Постає запитання: чому так багато людей, котрі мають доступ до значних матеріальних ресурсів і живуть у багатих країнах, усе-таки опираються у повсякденному житті на мислення скрути?

Занадто велике матеріальне багатство може мати такі ж негативні наслідки, що й занадто мале. Як ми вже бачили, перевантаження дофаміном послаблює нашу здатність відкладати задоволення. У соціальних медіа при умові поєднання перебільшення і «політики постправди» (називаймо це чесно — брехні) наше відчуття скрути навіть у часи достатку лише посилюється.

Я вже згадувала про зефірний експеримент Стенфордського університету, під час якого дослідники вивчали здатність дітей віком 3–6 років відкладати задоволення. Згідно з експериментом, дітей залишали на самоті у порожній кімнаті, де на тарілці лежав один шматочок зефіру, і говорили, що вони отримають ще один шматочок, якщо зможуть почекати 15 хвилин, не з’ївши першого. Дитина отримувала подвійну винагороду, якби дочекалася її.

У 2012 році дослідники Рочестерського університету змінили стенфордський зефірний експеримент, додавши до нього одну важливу деталь. Напередодні проведення зефірного експерименту одна група дітей на власному досвіді дізналася, що таке порушення обіцянки. Дослідники вийшли з кімнати, сказавши перед цим, що повернуться, коли дитина подзвонить у дзвінок, але не зробили цього. Інша група дітей дізналася, що таке виконана обіцянка: дослідники повернулися, коли пролунав дзвінок. Діти з групи виконаної обіцянки були готові чекати на другий зефір в 4 рази довше (12 хвилин), ніж діти з групи невиконаної обіцянки(142).

Ці дані свідчать про те, що схильність говорити правду впливає не лише на наші дії, а й на дії інших людей. Я спостерігала це явище у клінічній практиці безліч разів.

У 2013 році проблема Марії з алкоголем сягнула апогею. Її часто привозили у місцеве відділення швидкої допомоги з рівнем алкоголю у крові, що в 4 рази перевищував допустиму межу. Чоловік Марії Дієґо взяв на себе основну частину піклування про неї. Тим часом він боровся зі своєю залежністю від їжі: при зрості 1,55 метра він важив 152 кілограми.

Дієґо розповів мені: «Коли я побачив, що Марія починає одужувати, це спонукало мене змінити власне життя. Я розумів, що вона рухається у правильному напрямі й не хотів залишатися позаду. Тож я купив фітнес-браслет і почав ходити у тренажерний зал. Почав рахувати калорії, й один лише підрахунок калорій примусив мене усвідомити, скільки я їм. Згодом я почав дотримуватися кетодієти й інтервального голодування. Я не

дозволяв собі їсти пізно ввечері чи вранці, поки не потренуюся. Я бігав, займався важкою атлетикою. Я зрозумів, що голод — це сигнал, який можна проігнорувати. Цього року (2019) моя вага становить 88 кілограмів. Уперше за довгий час у мене нормальний тиск».

У своїй клінічній практиці я нерідко спостерігаю, як один член родини починає одужувати від залежності, а невдовзі після цього інший член родини робить те саме. Я бачила, як чоловіки кидають пити, а їхні дружини припиняють заводити романи. Я бачила, як батьки припиняють курити марихуану, а опісля від цього відмовляються і їхні діти.

Можна припустити, що у цих випадках, як і в модифікованому зефірному експерименті, відбувається ось що: коли нас оточують надійні люди, відповідальні перед нами, це посилює нашу здатність бути відповідальними перед собою. Коли інші люди кажуть нам правду й виконують обіцянки, які вони нам дали, ми відчуваємо більшу впевненість щодо світу й свого майбутнього у ньому.

Брехня ж, навпаки, створює образ скрути, через що люди переходять у режим виживання й віддають перевагу короткостроковим вигодам перед довгостроковими незалежно від фактичного матеріального становища. Батьки Марії за звичкою брехали їй та іншим дітям, не виконуючи своїх зобов’язань перед ними. А ще вони просили дітей брехати від їхнього імені. Коли батько Марії зник на декілька років, уся родина домовилася говорити неправду про те, де він і що робить. Ця загальна брехня у родині Марії вселяла тривогу й непевність, а також сприяла формуванню світогляду, згідно з яким, щоб отримати бажане, краще вхопити, що можеш, зараз, перш ніж це зробить хтось інший.

Як ми тепер бачимо, можна мати мислення скрути серед достатку, але так само можна мати мислення достатку серед скрути. Джерело відчуття достатку перебуває за межами матеріального світу. Віра або прагнення того, що перебуває поза нашими фізичними межами, може об’єднувати людей, формуючи мислення достатку навіть серед жахливої бідності, а також плекаючи життя, наповнене людською єдністю та змістовністю. Набуття такої єдності та змістовності починається з цілковитої чесності.

### Висловлення правди як метод профілактики

— Дозвольте мені спочатку пояснити свою роль, — сказала я лікареві Дрейку, оцінити якого мені доручив комітет із професійного добробуту. — Моє завдання полягає у тому, щоб визначити, чи маєте ви психічне захворювання, яке може негативно вплинути на вашу здатність займатися медициною, а також чи потрібна вам певна адаптація, щоб ви могли виконувати свою роботу. Однак я сподіваюся також, що ви будете сприймати мене як ресурс, не пов’язаний із сьогоднішнім оцінюванням, якщо у вас виникне потреба у лікуванні психічного здоров’я чи у загальній емоційній підтримці.

— Дякую вам за це, — сказав Дрейк, заспокоївшись.

— Я так розумію, що вас затримували за керування автомобілем у нетверезому стані?

У США водіям віком 21 рік і більше заборонено сідати за кермо, якщо вміст алкоголю у крові становить понад 0,08 проміле.

— Так. Понад десять років тому, коли я навчався у медичній школі.

— Ммм… Я збентежена. Чому ви прийшли до мене тільки зараз? Зазвичай мені доручають оцінити практикуючих лікарів відразу після встановлення факту водіння у нетверезому стані.

— Я лише почав працювати тут. Про водіння в нетверезому стані я повідомив у заяві про зарахування на роботу. Думаю, вони (комітет із професійного добробуту) просто хотіли впевнитися, що все гаразд.

— Мабуть, це має сенс, — сказала я. — Тож розкажіть мені свою історію.

У 2007 році Дрейк навчався на першому семестрі першого курсу медичної школи. Він переїхав на північний схід із Каліфорнії, помінявши випалені сонцем луки узбережжя Тихого океану на різнокольорові пагорби Нової Англії в усій своїй осінній красі.

Він вирішив вивчати медицину доволі пізно, через деякий час після закінчення університету в Каліфорнії, де його основним предметом фактично був серфінг, а протягом одного семестру він жив у лісі поза кампусом і «писав погані вірші».

Після першого іспиту студенти-медики влаштували вечірку у своєму домі в сільській місцевості. Дрейк планував поїхати туди з другом, але в останню мить другове авто зламалося, тому зрештою вони поїхали на Дрейковій машині.

— Пам’ятаю, це був чудовий день на початку осені. Будинок розташувався трохи далі по сільській дорозі, неподалік від того місця, де я жив.

Вечірка виявилася дещо веселішою, ніж очікував Дрейк. За весь час навчання у медичній школі він уперше дав собі волю. Спочатку Дрейк випив кілька пляшок пива, а потім перейшов на віскі Johnny Walker Blue Label. Об 11:30 вечора приїхала поліція, оскільки сусіди поскаржилися на галас. Дрейк уже був п’яний, як і його друг.

— Ми з другом розуміли, що надто п’яні, щоб сідати за кермо, тому залишилися у тому домі. Я заснув. Копи й більшість гостей пішли. Я знайшов канапу й спробував поспати. О 2:30 ночі прокинувся. Я усе ще був трохи напідпитку, але не почувався п’яним. До мого будинку було зовсім недалеко по безлюдній сільській дорозі — щонайбільше кілька кілометрів. Тож ми поїхали.

Виїхавши на сільську дорогу, Дрейк і його друг побачили поліцейське авто, що стояло на узбіччі. Цей автомобіль виїхав на дорогу й почав рухатися за ними, немов весь цей час чекав їх. Дрейк і його друг виїхали на перехрестя, де на проводі висів світлофор, похитуючись на вітрі.

— Мені здалося, що у моєму напрямку горить жовте світло, а у протилежному — червоне. Важко було визначити точно, бо світлофор розгойдувався. До того ж я

хвилювався через копів, які їхали позаду. Я повільно проїхав одне перехрестя, і коли нічого не сталося, вирішив, що це справді було жовте світло, тому поїхав далі. Ще одне перехрестя — і я повернув до свого будинку. Зробив поворот, але забув увімкнути поворотник.

Офіцер поліції був молодий, десь того ж віку, що й Дрейк.

— Схоже, він був новачком на цій роботі. Йому було нібито незручно зупиняти мене, але він мусив це зробити.

Співробітник поліції дав Дрейкові алкотестер і сказав йому дихнути у трубку. Вміст алкоголю у крові Дрейка становив 0,1 проміле, що перевищувало допустимий рівень. Поліцейський відвіз Дрейка у відділок, де той заповнив купу паперів і дізнався, що дію його водійського посвідчення тимчасово припиняють за водіння у нетверезому стані. Хтось із відділку відвіз його додому.

— Наступного дня я згадав, що чув про одного друга, якого також затримали за водіння у нетверезому стані під час резидентури у відділенні невідкладної допомоги. Я з ним виріс, і він був одним із тих, кого я справді поважав. Він був президентом нашого класу. Тож я зателефонував йому.

«Хоч що б ти робив, — сказав мій друг, коли я зв’язався з ним, — не допускай занесення факту водіння у нетверезому стані в особову справу, особливо якщо ти лікар. Негайно викликай адвоката, котрий знайде спосіб звести все це до необережного водіння або ж зовсім зняти з тебе обвинувачення. Я зробив саме так».

Дрейк знайшов місцевого адвоката й заплатив йому наперед п’ять тисяч доларів зі свого студентського кредиту.

Адвокат сказав йому: «Вам призначать дату судового засідання. Пристойно одягніться. Зробіть так, щоб ви мали гарний вигляд. Суддя викличе вас для надання свідчень і запитає, чи визнаєте ви свою провину, а ви скажете “Не винен”. Ось так. Це все, що вам потрібно зробити. Два слова — “Не винен”. А далі побачимо».

У день розгляду справи Дрейк одягнувся так, як йому було сказано. Він жив у декількох кварталах від будинку суду, тому пішов туди пішки, розмірковуючи по дорозі. Він згадав свого двоюрідного брата з Невади, який був за кермом у стані сп’яніння і зіштовхнувся лоб у лоб з авто 18-річної дівчини, котра їхала у протилежному напрямку. Вони обоє загинули. Люди, які напередодні бачили юнака в барі, розповіли, що він пив так, немов хотів померти.

— У суді я побачив групу інших чоловіків приблизно мого віку. На вигляд вони були, ну знаєте, менш привілейовані, ніж я. Мені спало на думку, що, мабуть, у них немає адвоката, як у мене. Мені стало трохи кепсько.

У будівлі суду, очікуючи, коли його викличуть, Дрейк подумки повторював план, озвучений адвокатом: *«Суддя викличе вас для надання свідчень і запитає, чи визнаєте ви*

*свою провину, а ви скажете: “Не винен”. Ось так. Це все, що вам потрібно зробити. Два слова — “Не винен”».*

Суддя викликав Дрейка на місце для надання свідчень. Дрейк сів на жорсткий дерев’яний стілець, розташований трохи нижче й праворуч від лави судді. Його попросили підняти праву руку й пообіцяти говорити правду. Він пообіцяв.

Дрейк оглянув людей, що були в залі суду. Подивився на суддю. Суддя повернувся до нього й сказав: «Ви визнаєте себе винним?».

Дрейк знав, яких слів від нього чекають. Він планував сказати саме це. Два слова. «*Не винен*». Ці слова вже майже були у нього на вустах. Так близько.

— Однак потім я згадав про той випадок, коли мені було п’ять років і я попросив у батька морозива, а він сказав, що я мушу спочатку пообідати. Я сказав йому: «Я вже обідав. Ходив до Майкла додому, й він дав мені хотдог». Однак насправді я не ходив до Майкла. Ми з ним не були друзями, і мій тато знав про це. Тож він не став марнувати час. Узяв слухавку, зателефонував Майклові й запитав: «Ти давав Дрейкові хотдог?». А потім посадив мене, зберігаючи цілковитий спокій, і сказав мені, що брехати — це завжди гірше, ніж говорити правду. Він сказав, що брехня ніколи не варта наслідків. Той випадок справив на мене велике враження.

Дрейк продовжив:

— Увесь цей час я планував сказати «Не винен», як і велів мені адвокат. Не можу сказати, що вирішив зробити інакше, перш ніж давати свідчення. Проте у той момент, коли суддя поставив запитання, я не зміг вимовити ці слова. Я просто не здатен був сказати їх. Адже я пив і сів за кермо.

«Винен», — сказав Дрейк.

Суддя випростався на своєму стільці, ніби щойно прокинувся. Повільно повернув голову. Скоса подивився прямо на Дрейка, буравлячи його поглядом. «Ви впевнені, що це ваше останнє слово? Ви усвідомлюєте наслідки? Адже ви не зможете відмовитися від нього».

— Я ніколи не забуду, як він повернув голову й подивився на мене, — сказав Дрейк. — Я подумав: це якось дивно, що він мене про це запитує. На якусь мить я замислився, чи не роблю помилку. А тоді сказав йому, що впевнений.

Після цього Дрейк зателефонував адвокатові й розповів йому, що трапилося. Той був явно здивований.

Адвокат сказав Дрейку: «Я поважаю вашу чесність. Зазвичай я цього не роблю, але я поверну вам ваші п’ять тисяч доларів».

Так він і зробив — повернув усю суму.

Протягом наступного року Дрейк відвідував заняття для тих, кого було притягнуто до відповідальності за водіння у нетверезому стані. Ці заняття проходили у віддалених місцях. Оскільки Дрейк не мав права сідати за кермо, йому довелося їздити автобусом, що іноді забирало по кілька годин у день. Під час обов’язкових занять Дрейк сидів у колі з людьми, з якими, напевне, ніколи б навіть не зустрівся. «Вони були зовсім інакшими порівняно з тими, з ким я вчився у медичній школі». Дрейк згадує, що серед відвідувачів занять були переважно старші білошкірі чоловіки, котрих неодноразово затримували за керування транспортним засобом у стані сп’яніння.

Після того як Дрейк сплатив штраф тисячу доларів і провів десятки годин на обов’язкових заняттях, йому повернули водійське посвідчення. Утім, виявилося, що це лише початок. Дрейк закінчив медичну школу й подав заяву на резидентуру, повідомивши про звинувачення у керуванні транспортним засобом у стані сп’яніння в усіх відповідних документах. Коли він подавав заяву на отримання медичної ліцензії, йому довелося зробити те саме. А також під час подавання заяви на сертифікацію за спеціальністю. На довершення всього, отримавши місце у резидентурі в районі затоки Сан-Франциско, Дрейк дізнався, що заняття для покараних за водіння у нетверезому стані, які він відвідував у Вермонті, не зараховуються в Каліфорнії, тому йому довелося знову відвідувати ці заняття.

— Я працював цілими днями до пізнього вечора, а потім щодуху поспішав на ці збори автобусом. Якщо я запізнювався хоча б на хвилину, доводилося платити штраф. У певний момент я замислився, чи не краще було б збрехати. Але зараз, згадуючи все це, я радий, що сказав правду.

Коли я був малий, в обох моїх батьків були проблеми з алкоголем. Батько досі п’є. Він може не пити кілька тижнів поспіль, але коли починає — це кепсько. Мама не вживає алкоголь уже десять років, але вона пила протягом усього мого дитинства, хоча я не знав про це й не бачив її п’яною. Однак, навіть маючи всі ці проблеми, батькам вдавалося робити так, що я міг бути відвертим і чесним з ними. Вони завжди любили мене й пишалися мною, навіть коли я погано поводився. Вони не потурали мені. Ніколи не давали мені грошей, скажімо, для оплати юридичних витрат, хоча у них були гроші. З іншого боку, вони ніколи не засуджували мене. Думаю, батьки створили комфортне й безпечне середовище, коли я ріс. Саме це дало мені можливість бути відвертим і чесним.

Зараз я рідко вживаю алкоголь. Маючи схильність до надмірності й ризику, я точно міг би піти цим шляхом. Проте я вважаю, що моя спроможність сказати правду у той важливий момент життя, коли мене затримали за водіння у нетверезому стані, вивела мене на інший шлях. Можливо, те, що я був чесним протягом багатьох років, допомогло мені почуватися комфортно із самим собою. У мене немає таємниць.

Коли Дрейк сказав правду й узяв на себе відповідальність за серйозніші наслідки, це допомогло змінити його життя. Глибока повага до чесності, яку прищепив йому батько у ранньому віці, мала на нього навіть більший вплив, ніж значна генетична схильність до залежності. Можливо, цілковита чесність стала засобом профілактики?

Приклад Дрейка не враховує того, що у корумпованій чи дисфункційній системі цілковита чесність може мати негативні наслідки. Крім того, привілеї раси й соціального класу Дрейка в американському суспільстві посилили його здатність подолати ці

наслідки. Якби Дрейк був бідняком чи не був білошкірим, результат міг би бути геть інакший.

Попри це, історія Дрейка переконала мене як матір, що, виховуючи дітей, я можу та навіть повинна надавати особливого значення чесності як одній з основних цінностей.

* * *

Пацієнти навчили мене, що чесність посилює усвідомлення, формує приємніші стосунки, покладає на нас відповідальність перед автентичнішим наративом, а також посилює здатність відкладати задоволення. Чесність може навіть запобігти формуванню залежності у майбутньому. Це надихнуло мене бути чеснішою у власному житті, а також виховувати дітей, наголошуючи на особливому значенні чесності.

Для мене чесність — це щоденне випробування. Якась частина мене завжди прагне хоч трішки прикрасити історію, показати себе кращою або виправдати погану поведінку. Однак я щосили намагаюся боротися з цим прагненням.

Цей зручний маленький інструмент (висловлення правди) важко застосовувати на практиці, але він надзвичайно доступний. Будь-хто може прокинутися одного дня й вирішити: «Сьогодні я не буду ні про що брехати». Це не лише може змінити на краще життя однієї людини, а й здатне змінити весь світ.

## 9. Просоціальний сором

За своєю природою сором — складне поняття. Він може сприяти збереженню компульсивного надспоживання, а також спонукати до зміни такої поведінки. Тож як нам вирішити цей парадокс?

Насамперед пропоную поговорити про те, що таке сором.

У сучасній психологічній літературі сором визначається як емоція, відмінна від почуття провини. Сором спонукає нас вважати себе поганими людьми, тоді як почуття провини змушує нас вважати поганими свої дії, зберігаючи при цьому позитивне ставлення до себе. Почуття провини — це адаптивна емоція.

Моя проблема з дихотомією «сором—провина» полягає ось у чому. На рівні досвіду сором і почуття провини ідентичні, тож як вони можуть бути різними емоціями? Можливо, розумом я здатна відрізнити почуття власної нікчемності від думки, що я хороша людина, яка зробила щось не так. Однак у той момент, коли вас переповнюють сором і провина, відчуття те саме — каяття впереміш зі страхом покарання й жахливою перспективою самотності. Каяття, спричинене тим, що вас викрили, може стосуватися або не стосуватися самого вчинку. Страх залишитися на самоті, що вже представляє

собою форму покарання, є особливо сильним. Це побоювання того, що від вас відмовляться, вас будуть уникати й ви більше не будете частиною стада.

Однак дихотомія «сором—провина» має у своїй основі дещо реальне. Різниця не у тому, як ми переживаємо ці емоції, а передусім у тому, як інші реагують на нашу провину. Якщо інші люди не сприймають, засуджують або уникають нас, ми входимо у цикл того, що я називаю *деструктивним соромом*. Деструктивний сором посилює емоційне переживання сорому й налаштовує на збереження тієї моделі поведінки, котра й спричинила відчуття сорому. Водночас якщо інші люди більше пригортають нас до себе й дають чіткі поради щодо спокутування провини або одужання, ми входимо у цикл *просоціального сорому*. Просоціальний сором полегшує емоційне переживання сорому й допомагає нам припинити або послабити ганебну поведінку.

З огляду на це поговорімо про випадки, коли сором не йде на користь.

**Деструктивний сором**

Один з моїх викладачів якось сказав такі мудрі слова: «Не відчуваючи симпатії до пацієнтів, ми не зможемо їх вилікувати».

Коли я вперше зустрілася з Лорі, вона мені не сподобалася.

Вона була дуже заклопотана. Квапливо розповіла мені, що прийшла лише за порадою лікаря первинної медичної допомоги, чого, до речі, зовсім не треба було робити, оскільки у неї ніколи не було жодної залежності чи інших проблем із психічним здоров'ям, і що їй просто потрібно, аби я саме це й сказала, щоб вона могла повернутися до «справжнього лікаря» й отримати свої ліки.

— Мені щойно зробили операцію із шунтування шлунка, — сказала Лорі так, ніби цього було достатньо для пояснення небезпечно високих доз рецептурних препаратів, які вона приймала. Вона говорила так, наче старомодна вчителька, котра вичитує не дуже обдаровану ученицю. — Я важила понад 90 кілограмів, а зараз уже ні. Певна річ, через перенаправлення кишківника у мене виник синдром мальабсорбції, тому мені потрібно 120 міліграмів лексапро, щоб досягти його рівня у крові, як у звичайної людини. Ви, лікарко, маєте знати це краще за інших.

Лексапро — це антидепресант, що регулює рівень нейромедіатора серотоніну. Середня добова доза становить 10–12 міліграмів, тобто доза Лорі була щонайменше у 6 разів більша за норму. Зазвичай антидепресанти не використовують не за призначенням, щоб отримати кайф, але за роки своєї роботи я зустрічала й подібні випадки. Обхідний шлунковий анастомоз за Ру, який зробили Лорі з метою схуднення, справді може призвести до виникнення проблеми зі всмоктуванням поживних речовин та ліків, однак потреба в таких високих дозах виникає вкрай рідко. Щось тут було не так.

— Ви приймаєте якісь інші лікарські препарати чи інші речовини?

— Я приймаю габапентин і медичну марихуану від болю. Приймаю також амбієн від безсоння. Це і є мої ліки. Вони потрібні мені для лікування захворювань. Не розумію, що у цьому поганого.

— Які саме захворювання ви лікуєте?

Звісно, я прочитала історію хвороби Лорі і знала, про що говорю, але мені завжди цікаво почути, як самі пацієнти розуміють свій медичний діагноз та лікування.

— У мене депресія й біль у ступні внаслідок давньої травми.

— Добре. Це має сенс. Але дози високі. Цікаво, чи намагалися ви коли-небудь приймати більше якоїсь речовини чи лікарського препарату, ніж планували, або чи використовували їжу або наркотики для подолання болісних емоцій?

Лорі заціпеніла, випрямивши спину, поклавши руки на коліна й міцно схрестивши ноги. Вона мала такий вигляд, немов ось-ось зіскочить зі стільця й вибіжить з кімнати.

— Я ж сказала вам, лікарко, у мене немає цієї проблеми.

Лорі стисла губи й відвела погляд.

Я зітхнула.

— Пропоную змінити тему, — сказала я, сподіваючись урятувати ситуацію після такого важкого початку. — Чому б вам не розповісти мені про своє життя, щось на кшталт невеличкої автобіографії: де ви народилися, хто вас виховував, якою ви були у дитинстві, основні події вашого життя дотепер.

Щойно я дізнаюся історію пацієнтів (тобто під дією яких чинників сформувалася особистість, котру бачу перед собою), ворожість зникає під дією емпатії. Для того щоб по-справжньому розуміти людину, потрібно любити її. Саме тому я завжди раджу студентам медичного факультету й резидентури, які прагнуть розділити досвід на окремі блоки на кшталт «історія поточного захворювання», «оцінка психічного стану» та «перевірка систем організму», як їх свого часу навчили, зосереджувати увагу на історії. Історія відображає людські риси не лише пацієнта, а й наші риси.

Дитинство Лорі пройшло у 1970-х на фермі у Вайомінгу. Вона була наймолодшою з трьох дітей, яких виховували її батьки. З раннього дитинства вона вважала, що була інакшою.

— Зі мною було щось не так. У мене не було відчуття належності. Я почувалася ніяково й не на своєму місці. У мене був мовний дефект, шепелявість. Я почувалася дурною усе своє життя.

Лорі вочевидь була дуже розумною, проте перше уявлення про себе має великий вплив на наше життя, витісняючи на другий план усі докази протилежного.

Лорі пригадала, що боялася батька, оскільки він був схильний до гніву. Однак ще більшою загрозою у їхньому домі був привид карального Бога.

— У дитинстві я знала лише Бога, котрий завжди засуджує. Якщо ти не ідеальний — тобі дорога у пекло.

Внаслідок цього Лорі звикла говорити собі, що вона бездоганна, принаймні досконаліша, ніж інші. Це стало лейтмотивом усього її життя.

Лорі була посередньою студенткою й значно кращою спортсменкою. Вона встановила рекорд середньої школи з бігу на 100 метрів з перешкодами і почала мріяти про Олімпійські ігри. Але у молодшому класі середньої школи вона зламала щиколотку під час бігу з перешкодами. Лорі зробили операцію, що фактично поклало край її біговій кар’єрі, яка тільки починалася.

— Я втратила єдине, що мені добре вдавалося. Тоді я й почала їсти. Коли ми зупинялися біля ресторану McDonald’s, я могла з’їсти два бігмаки й пишалася цим. Напередодні вступу до коледжу я вже не дбала про свою зовнішність. На першому курсі у мене була вага приблизно 57 кілограмів. Коли я закінчила коледж і вступила до медичної школи, це вже було 82 кілограми. До того ж я почала експериментувати з наркотиками — алкоголь, марихуана, таблетки і переважно вікодин. Однак моїм улюбленим наркотиком завжди була їжа.

Наступних п’ятнадцять років життя Лорі були позначені мандрами — від міста до міста, від роботи до роботи, від хлопця до хлопця. Оскільки Лорі була медичною працівницею, їй було легко отримати роботу у будь-якому місті. Єдиним незмінним аспектом її життя було те, що вона щонеділі відвідувала церкву, хоч би де мешкала.

Увесь цей час Лорі вживала їжу, ліки, алкоголь, канабіс — словом, усе, що могла дістати, аби втекти від самої себе. Протягом звичайного дня вона могла з’їсти миску морозива на сніданок, перекусити на роботі і прийняти амбієн, щойно приходила додому. На вечерю вона з’їдала ще одну миску морозива, бігмак, найбільшу порцію картоплі фрі, випивала дієтичну колу, після чого приймала ще дві пігулки амбієну та з’їдала великий шматок торта на десерт. Іноді Лорі приймала амбієн наприкінці зміни, отримуючи стартову дозу, щоб бути у піднесеному стані до того часу, як прийде додому.

— Якщо після приймання амбієну я не дозволяла собі спати, у мене був кайф. Через дві години я приймала ще дві таблетки, завдяки чому відчувала ще більший кайф. Ейфорію. Це було майже так само добре, як опіоїди.

Лорі повторювала такий чи подібний цикл день за днем. Під час відпустки вона змішувала пігулки снодійного з ліками від кашлю, щоб увійти у стан піднесення, або пила алкоголь до стану сп’яніння й вдавалася до ризикованих статевих стосунків. Коли Лорі виповнилося 35 років, вона жила сама у таунхаусі в Айові й проводила дозвілля, отримуючи кайф і слухаючи американського радіоведучого й прибічника теорії змов Ґленна Бека.

— Я дійшла висновку, що наближається кінець світу. Армагедон. Мусульмани. Іранське вторгнення. Я придбала купу балонів з газом, котрі зберігала у вільній спальні. Згодом я

сховала їх у внутрішньому дворику під брезентом. Я купила також рушницю 22 калібру. А потім усвідомила, що може статися вибух, і почала заправляти своє авто газом з балонів, поки він не закінчився.

Десь на підкірці Лорі розуміла, що їй потрібна допомога, проте її жахало те, що доведеться про це просити. Вона боялася, що коли визнає себе «не бездоганною християнкою», люди будуть сахатися її. Якось вона натякнула на свої проблеми у розмові з іншими членами церкви, але за деякими ледь помітними сигналами зрозуміла, що існують проблеми, якими парафіяни не мають ділитися.

У той період Лорі важила майже 114 кілограмів, відчувала нищівну депресію й почала замислюватися, чи не краще їй померти.

— Лорі, — сказала я, — на мою думку, якщо поглянути на ваше життя загалом, у ньому незмінно присутня тема залежності. Хоч би про що йшлося: їжу, канабіс, алкоголь чи рецептурні препарати — одна з давніх ваших проблем полягає у компульсивному, саморуйнівному надспоживанні. Як гадаєте, це справді так?

Лорі подивилася на мене й нічого не відповіла. А потім почала плакати. Коли до неї повернулася здатність говорити, вона сказала:

— Я знаю, що це правда, але сама не хочу у це вірити. Не хочу про це чути. У мене є робота. Є авто. Я щонеділі ходжу до церкви. Мені здавалося, що операція із шунтування шлунка все змінить. Думала, схуднення змінить моє життя. Однак навіть втративши вагу, я все ж хотіла померти.

Я запропонувала низку інших способів, що допомогли б Лорі покращити самопочуття, зокрема відвідувати збори анонімних алкоголіків.

— Мені це не потрібно, — сказала вона без жодних вагань. — У мене є церква.

Через місяць Лорі прийшла на черговий сеанс.

— Я зустрілася з членами церкви.

— Що трапилося?

Лорі відвела погляд:

— Я була відвертою, як ніколи, хіба що з вами. Розповіла їм усе… чи майже все. Просто відкрила всю правду.

— І що далі?

— Це було дивно, — сказала Лорі. — Вони здавалися… збентеженими, схвильованими. Ніби не знали, що зі мною робити. Сказали, щоб я молилася. А також закликали не обговорювати свої проблеми з іншими членами церкви. Ось так.

— Як це вплинуло на вас?

— У той момент я відчувала, немов Бог засуджує, соромить мене. Я можу процитувати Святе Письмо, та не відчуваю жодного зв’язку з люблячим Богом з Біблії. Я не можу виправдати очікування. Я не така хороша. Тож я припинила ходити в церкву. Не була там цілий місяць. І знаєте, ніхто, здається, навіть цього не помітив. Ніхто не зателефонував. Не зв’язався зі мною. Жодна людина.

Лорі потрапила у цикл деструктивного сорому. Коли вона спробувала бути чесною з іншими парафіянами, їй порадили не розповідати про цю частину свого життя, натякнувши, що від неї будуть триматися осторонь чи будуть ще більше соромити, якщо вона відверто розповідатиме про свої проблеми. Лорі не могла ризикувати втратою тієї невеличкої спільноти, до якої належала. Проте приховування своєї поведінки посилювало її відчуття сорому, сприяючи ще більшій ізоляції — і все це підтримувало безперервний процес споживання.

Результати досліджень указують на те, що серед людей, котрі є активними учасниками релігійних організацій, у середньому нижчий рівень зловживання наркотиками й алкоголем(143). Однак коли релігійні організації опиняються не на тому боці рівняння сорому, цураючись грішників та (або) сплітаючи павутину таємниць і брехні, вони сприяють формуванню циклу деструктивного сорому.

Цикл деструктивного сорому зводиться до такого. Надмірне споживання викликає почуття сорому, через яке група тримається осторонь від людини, або ж людина починає брехати, щоб уникнути такого цурання. Зрештою це посилює ізоляцію, сприяючи подальшому надмірному споживанню. Таким чином утворюється замкнене коло.




Антидотом від деструктивного сорому є просоціальний сором. Розгляньмо, як він може діяти.

**Просоціальний сором**

Мій наставник (той самий чоловік у капелюсі) якось розповів мені, що спонукало його кинути пити. Я часто згадую цю історію, бо вона яскраво ілюструє двобічність леза меча сорому.

Йому уже було добряче за сорок, і він почав щовечора потай випивати, коли дружина й діти лягали спати. Він робив це довгий час після того, як запевнив дружину, що кинув. Уся та маленька брехня, якою він приховував свою пиятику, а також сам факт пиятики накопичувалися й обтяжували його совість, що спонукало його пити ще більше. Він пив через сором.

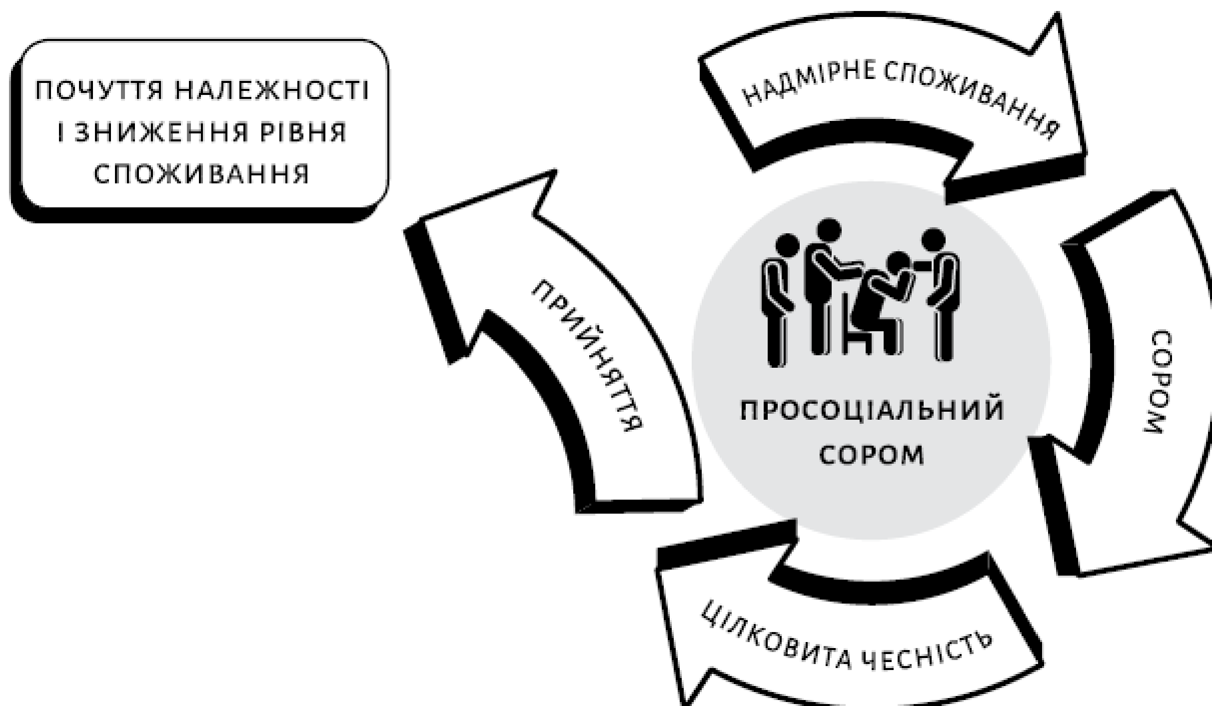
Одного дня дружила дізналася, що він продовжує пити. «Відчуття розчарування й зради в її очах примусило мене присягнути, що я більше ніколи не буду пиячити». Сором, який він відчував у той момент, а також бажання повернути довіру й схвалення дружини підштовхнули його до першої серйозної спроби одужати. Він почав відвідувати збори анонімних алкоголіків. Для нього головною перевагою АА був «процес позбавлення від сорому».

Мій наставник так розповів про це: «Я зрозумів, що не один такий. Там були інші люди, схожі на мене. Були інші лікарі, котрі боролися з алкогольною залежністю. Розуміння того, що існує місце, де я можу бути абсолютно чесним і мене все ж прийматимуть, було надзвичайно важливим. Це створювало психологічний простір, якого я потребував, аби пробачити себе й щось змінити. Щоб рухатися далі у своєму житті».

Просоціальний сором ґрунтується на ідеї про те, що сором є корисним і важливим для процвітання громади. Без сорому суспільство поринуло б у хаос. Отже, відчувати сором за неналежну поведінку — доречно й правильно.

Крім того, в основі просоціального сорому лежить думка, згідно з якою усі ми маємо певні вади, можемо робити помилки й потребуємо прощення. Наявність «списку справ», що містить кроки до спокутування провини, — це ключ до того, щоб забезпечити дотримання групових норм, не виганяючи з громади кожного, хто збився зі шляху. Саме це робить організація «Анонімні алкоголіки» за допомогою програми «12 кроків».

Цикл просоціального сорому зводиться до такого. Надмірне споживання викликає почуття сорому, яке вимагає цілковитої чесності й призводить *не* до відсторонення, як у разі деструктивного сорому, а до прийняття й емпатії у поєднанні з низкою необхідних дій, спрямованих на спокутування провини. Зрештою це посилює почуття належності й знижує рівень споживання.




Мого пацієнта Тодда, молодого хірурга, який проходив курс реабілітації від алкогольної залежності, затримали за водіння у стані амнестичної непритомності, коли він перетинав кордон між штатами. Він згадував, що під час першої зустрічі групи анонімних алкоголіків, яка відбулася після того страшного арешту, він настільки гірко плакав, що навіть не міг назвати своє ім’я. І це сказав чоловік, який пишався своїм емоційним самоконтролем. Тодд вживав алкоголь частково й для того, щоб послабити постійний самоконтроль, котрий допомагав йому стримувати емоції. Під час реабілітації він уперше дізнався, як можна послабити контроль емоцій і досягти самовираження.

— Це було перше безпечне місце, де можна було показати свою уразливість, — сказав мені Тодд. — Після зборів усі підходили до мене, давали свої номери, пропонували телефонувати. Це була та спільнота, якої я завжди прагнув, але не мав. Я нізащо так не відкрився би перед своїми друзями-скелелазами або іншими хірургами.

Після п’яти років стійкого одужання Тодд розповів мені, що найважливішим з 12 кроків був для нього десятий крок.

— Кожного дня я перевіряю себе. *Гаразд, може, я неправий*? *Якщо так, то як я можу це змінити*? *Чи потрібно мені відшкодувати заподіяні людям збитки*? *Як я можу спокутувати провину*? Приміром, нещодавно я мав справу з лікарем-резидентом, котрий не надав мені правильну інформацію про пацієнта. Я почав засмучуватися. *Чому це не зроблено*? Відчуваючи розчарування, я кажу собі: *мабуть, ця людина налякана. Замість того щоб засмучуватися, як ти можеш допомогти їй отримати те, що потрібно*? Я не вчинив би так до того, як став на шлях одужання.

— Кілька років тому, — сказав мені Тодд, — через три роки після початку реабілітації мене призначили науковим керівником студента-медика, який був просто жахливим. Я маю на увазі, що це виявився справді поганий студент. Я не дозволив би йому дбати про пацієнтів. Коли настав час дати відгук про роботу цього студента, я посадив його поряд і вирішив бути чесним. Сказав йому: «Ви не пройдете субординатуру, якщо не зробите

докорінних змін». Після мого відгуку він вирішив почати все спочатку й по-справжньому спробувати покращити свою роботу. Йому вдалося зробити це, й зрештою він пройшов ординатуру. Річ у тому, що в період пиятики я не був би з ним чесним. Я просто дозволив би йому залишити все, як є, й провалити субординатуру, або ж переклав би цю проблему на когось іншого.

Правдива самоінвентаризація дає нам можливість не лише краще розуміти власні недоліки, а й об’єктивніше оцінювати й реагувати на недоліки інших людей. Коли ми відповідальні перед самими собою, це допомагає нам пробуджувати почуття відповідальності й в інших. Ми можемо використовувати сором, не соромлячи людину. Головне — поєднувати відповідальність зі співчуттям. Подібні уроки можна застосовувати щодо всіх нас, маємо ми при цьому залежність чи ні, а також їх можна поширювати на будь-які стосунки у повсякденному житті.

**Просоціальний сором у повсякденному житті**

Як мати, котра турбується про добробут дітей у переповненому дофаміном світі, я намагалася запровадити принципи просоціального сорому у житті своєї родини.

Насамперед ми зробили цілковиту чесність основною родинною цінністю. Я докладаю безліч зусиль (хоча й не завжди успішно) до того, щоб моделювати цілковиту чесність у власній поведінці. Ми, батьки, часом вважаємо, що, приховуючи свої помилки й недосконалість і розкриваючи тільки найкращу частину себе, ми показуємо дітям, що правильно. Однак це може мати протилежний ефект, викликаючи у дітей відчуття, що вони мають бути бездоганними, аби їх любили. Натомість, відверто й чесно розповідаючи дітям про свої труднощі, ми створюємо умови для того, щоб вони так само відверто й чесно розповідали про власні негаразди. Отже, ми повинні сформувати у собі готовність і бажання визнати провину, коли зробили щось не так під час взаємодії з дітьми й іншими людьми. Ми маємо прийняти свій сором і бути готовими спокутувати провину.

Приблизно п’ять років тому, коли наші діти навчалися у початковій школі й молодших класах середньої школи, я подарувала кожному з них шоколадного зайчика на Великдень. Ці ласощі були виготовлені з молочного шоколаду у спеціалізованій шоколадній майстерні. Діти з’їли трохи зайчиків і поклали решту в кухонну шафу на потім. Протягом наступних двох тижнів я потроху відкушувала від їхніх шоколадних зайчиків — мені здавалося, що цього ніхто не помітить. До того часу, як діти згадали про свої ласощі, від них майже нічого не залишилося. Знаючи про мою пристрасть до шоколаду, діти відразу звинуватили мене.

«Це не я», — сказала я. Брехня виникла сама собою. Протягом наступних трьох днів я продовжувала брехати. Спочатку діти не вірили, що я кажу правду, а потім почали звинувачувати одне одного. Я знала, що маю усе виправити. *Як я можу навчити дітей бути чесними, якщо сама не чесна з ними*? *І як же нерозумно, безглуздо брехати про це!* Мені знадобилося три дні, щоб набратися мужності й сказати їм правду. Було дуже соромно!

Дізнавшись правду, діти почувалися виправданими й нажаханими. Виправданими, тому що їхня перша здогадка виявилася правильною. Нажаханими, тому що їхня мати збрехала їм. Це було повчально для мене й для них на багатьох рівнях. Я нагадала собі й

подала їм сигнал про те, що у мене є серйозні вади. Окрім того, я продемонструвала дітям на власному прикладі, що, зробивши помилку, принаймні можна бути відповідальною за це. Діти пробачили мене й донині люблять розповідати історію про те, як я «вкрала» їхній шоколад, а потім «збрехала про це». Їхнє глузування — це моя спокута, тому я вітаю його. Разом ми знову підтвердили, що у нашій родині того, хто зробить помилку, не будуть завжди засуджувати й відштовхувати. Ми вчимося й розвиваємося разом. Як і в мого пацієнта Тодда, коли ми здійснили активне й чесне переоцінювання себе, посилилась здатність і готовність давати іншим людям чесні відгуки, щоб допомогти їм усвідомити власні сильні сторони й недоліки.

Якщо потрібно пояснити дітям їхні сильні й слабкі сторони, важливо виявляти цілковиту чесність, але не соромити їх. Коли нашій старшій доньці було п’ять років, вона почала брати уроки гри на фортепіано. Мене виховували в музичній родині, тому я дуже хотіла поділитися музикою з дітьми. Виявилося, що у моєї доньки немає почуття ритму, хоча вона була й не зовсім позбавлена музичного слуху. Хай там як, ми обидві вперто продовжували її щоденну практику. Я сиділа поряд з нею, намагаючись підбадьорити, а сама тим часом стримувала почуття жаху через повну відсутність здібностей у доньки. Насправді жодна з нас не отримувала від цього задоволення. Десь через рік після того, як дочка почала брати уроки музики, ми дивилися мультфільм «Веселі ніжки» (Happy Feet) про пінгвіна на ім’я Мамбл, у якого виникла серйозна проблема: він був не здатен проспівати жодної ноти у світі, в якому потрібно було проспівати пісню серця, аби знайти свою другу половинку. Десь посередині фільму донька подивилася на мене й запитала: «Мамо, я що, схожа на Мамбла?».

У ту мить мене охопила невпевненість у собі як у матері. *Що мені сказати*? *Сказати їй правду, ризикуючи завдати шкоди її самооцінці, чи збрехати й скористатися цим обманом, щоб розпалити любов до музики*?

Я ризикнула. «Так, — сказала я, — ти дуже схожа на Мамбла».

На обличчі доньки розпливлася широка усмішка, яку я сприйняла як підтвердження. Я знала, що тоді вчинила правильно. Визнавши те, що дочка й так уже знала (йдеться про відсутність музичних здібностей), я допомогла їй сформувати навички правильної самооцінки — навички, які вона демонструє до цього часу. Крім того, я подала їй сигнал про те, що ми не можемо мати здібності до всього, а також що важливо знати, до чого у тебе є здібності, а до чого немає, щоб приймати мудрі рішення. Через рік наша дочка вирішила кинути уроки гри на фортепіано (всім на полегшення). Вона досі любить музику й співає під радіо, не потрапляючи у жодну ноту, проте зовсім не почувається ніяково через це.

Взаємна чесність усуває сором і є передвістям спалаху близькості, сплеску емоційної теплоти, джерелом якої є почуття глибокого зв’язку з іншими людьми, коли нас приймають, незважаючи на наші вади. Не досконалість, а готовність працювати разом над виправленням помилок є запорукою нашої відданості групі. Такий спалах близькості майже завжди супроводжується виробленням ендогенного дофаміну в мозку. Але на відміну від сплеску дофаміну, котрий ми отримуємо від дешевих задоволень, сплеск дофаміну під впливом близькості є адаптивним, оздоровчим і сприяє омолодженню.

Через декілька місяців після того, як Лорі припинила відвідувати церкву, вона пішла на перші збори анонімних алкоголіків. Завдяки участі в АА вона поступово кинула палити, пити й приймати ліки. 20 грудня 2014 року Лорі припинила вживати всі речовини й твердо стала на шлях одужання.

«Не можу сказати, що саме і коли це сталося, — сказала Лорі, через багато років згадуючи своє одужання, яким завдячує участі в АА. — Я почула розповіді інших людей. Відчула полегшення, розкривши свої найглибші, найпохмуріші таємниці. Бачила надію в очах новачків. Раніше я була такою самотньою. Пам’ятаю, просто хотіла померти. Не спала ночами, картаючи себе за все, що скоїла. В АА я навчилася приймати себе й інших людей такими, як вони є. Тепер я підтримую справжні стосунки з людьми. Я одна з них. Вони знають мене справжню».

**Точка зору економіста**

Фахівці з поведінкової економіки називають винагороди належності до групи *клубними благами*. Що привабливіші клубні блага, то більше у групи шансів утримати наявних членів і залучити нових. Концепцію клубних благ можна застосувати до будь-якої групи людей — від родини до груп друзів чи релігійних громад.

Ось що писав поведінковий економіст Лоуренс Яннаконне про клубні блага у релігійних організаціях: «Задоволення, що я отримую від недільних відправ, залежить не тільки від мого внеску, а й від внеску інших: скільки ще є присутніх, як тепло вони мене вітають, як добре співають, з яким ентузіазмом читають і моляться»(144). Активна участь у групових заходах і зібраннях, а також дотримання групових правил і норм — усе це зміцнює клубні блага.

Геніальність спільноти анонімних алкоголіків полягає у тому, що просоціальний сором — це не лише спосіб використати дотримання групових норм, а й те, що він сам є клубним благом. Пацієнти розповідали мені, що перспектива відчути сором, коли доведеться зізнатися перед групою про рецидив, діє як основний чинник, що утримує їх від такого вчинку. Проте коли у них дійсно трапляється рецидив і вони чесно про це розповідають групі, це збільшує клубні блага, створюючи для інших членів групи можливість відчути емпатію, альтруїзм і, погляньмо правді в очі, певну зловтіху на кшталт: «Таке могло трапитися зі мною, і я, певна річ, радий, що цього не сталося».

Велику загрозу для клубних благ становлять так звані безбілетники (халявники або дармоїди), котрі намагаються отримати користь від групи без достатньої участі у житті спільноти. Пасивна участь становить безпосередню загрозу клубним благам. Коли йдеться про групові правила й норми, безбілетники загрожують клубним благам тим, що не дотримуються цих правил і норм, брешуть про це та (або) не докладають ніяких зусиль до того, щоб змінити свою позицію. Поведінка таких членів групи не сприяє зміцненню клубних благ, хоча кожен з них окремо отримує користь від членства в групі завдяки перевагам належності до неї.

Яннаконне зазначив, що дуже важко, а то й неможливо, визначити рівень дотримання групових правил, що створює клубні блага, особливо коли вимоги стосуються особистих звичок і нематеріальних, суб’єктивних явищ на зразок висловлення правди. Відповідно до теорії самопожертви й стигматизації Яннаконне, один зі способів опосередковано

оцінити участь у групі полягає у тому, щоб зробити обов'язковою стигматизацію поведінки, що обмежує участь у інших ситуаціях, а також вимагати пожертвування особистих ресурсів, відмовившись від інших дій(145). Це дозволить виявити безбілетників.

Зокрема, моделі поведінки у сучасних релігійних установах, які здаються надмірними, недоречними чи навіть нераціональними (наприклад, носіння певних зачісок чи одягу, відмова від споживання різних продуктів, сучасних технологій чи від певних методів лікування), є раціональними, якщо сприймати їх як ціну, котру сплачує людина за зменшення кількості безбілетників в організації.

Можливо, ви думаєте, що розкутіші релігійні організації та інші соціальні групи, де менше правил і суворої критики, мають приваблювати більшу кількість послідовників. Проте це не так. Саме суворіші церкви мають більше послідовників і зазвичай мають сильніший успіх порівняно з вільними церквами, оскільки вони швидше виявляють безбілетників і пропонують надійніші клубні блага. Джейкоб приєднався до групи «12 кроків» організації «Анонімні сексоголіки» на початку процесу одужання і після кожного рецидиву посилював свою участь у цій групі. Він демонстрував дивовижну відданість. Щодня відвідував збори групи особисто чи по телефону. Доволі часто телефонував іншим членам групи, понад вісім разів на день. Групи «12 кроків» у складі «Анонімних алкоголіків» чи інших організацій подібного роду іноді несправедливо називають культами чи організаціями, у яких люди обмінюють свою залежність від алкоголю та (або) наркотиків на залежність від групи. Утім, ця критика не бере до уваги той факт, що саме суворість, культовість організації може бути джерелом її ефективності.

Безбілетники у групах «12 кроків» можуть бути різними, але найнебезпечнішими є ті члени груп, які не визнають, що у них стався рецидив, не оголошують себе знову новачками й не проходять кроки програми повторно. Вони позбавляють групу такого клубного блага, як просоціальний сором, не кажучи вже про соціальне середовище тверезості, котре відіграє вирішальну роль в одужанні. Для збереження клубних благ організація «Анонімні алкоголіки» повинна вдаватися до рішучих і, як здається, часом нераціональних заходів боротьби з безбілетниками.

Джоан вдалося кинути пити завдяки участі в спільноті анонімних алкоголіків. Вона також регулярно відвідувала збори, мала спонсора й сама була спонсором інших членів спільноти. Джоан утримувалася від вживання алкоголю в АА протягом 4 років, а моєю пацієнткою була 10 років, тому я мала змогу спостерігати за тими позитивними змінами, що відбулися в її житті завдяки АА, й віддати їм належне.

На початку 2000-х трапилося так, що Джоан ненавмисно вжила алкоголь. Якось вона подорожувала по Італії й, не знаючи італійської мови, випадково замовила і випила напій з невеликим вмістом алкоголю, який відповідав рівню алкоголю в безалкогольному пиві, що продавалося на ринку США. Лише згодом Джоан усвідомила, що трапилося — і не тому, що відчула зміни у поведінці, а тому, що прочитала етикетку.

Коли Джоан повернулася з подорожі й розповіла своєму спонсорові про те, що трапилося, спонсор наполіг на тому, що у неї був рецидив, і закликав розповісти про це групі й оновити дату початку тверезості. Мене здивувало те, що спонсор зайняв таку жорстку позицію. Зрештою, Джоан вжила настільки незначну кількість алкоголю, що

більшість американців навіть не назвала б подібний напій алкогольним. Проте Джоан погодилася, хоча й зробила це зі сльозами на очах. Вона дотепер підтримує своє одужання й участь у спільноті анонімних алкоголіків.

Тоді наполягання спонсора Джоан на тому, щоб вона почала новий відлік періоду тверезості, здалося мені надмірним, але зараз я розумію, що це був своєрідний спосіб захистити її від перетворення невеликої кількості алкоголю у надмірну (слизька доріжка), а також забезпечити максимізацію корисності заради вищого блага групи. Готовність Джоан дотримуватися дуже суворого тлумачення рецидиву ще більше зміцнила її зв’язки з групою, що у довгостроковому періоді виявилося корисним і для неї самої. Окрім того, Джоан визнала: «Мабуть, якась частина мене знала, що у тому напої був алкоголь, і хотіла використати перебування за кордоном як виправдання». У цьому сенсі група виконує функції розширеного сумління.

Безперечно, стратегії групового мислення можна використати й у ганебних цілях — скажімо, коли ціна належності до групи перевищує клубні блага й члени групи зазнають шкоди. Наприклад, у 2018 році керівників організації NXIVM, котра називає себе «програмою управлінського успіху», арештували й звинуватили у секс-торгівлі та здирстві. Шляхом різноманітних форм промивання мізків жінок ганьбили й тримали у сексуальному рабстві. Бувають також ситуації, коли члени групи самі отримують користь, але завдають шкоди тим, хто не належить до неї, як роблять у наш час різні суб’єкти, що використовують соціальні медіа для розповсюдження неправдивої інформації.

За допомогою самопожертви й стигматизації ми з чоловіком намагалися зміцнити клубні блага нашої родини. Ми не дозволяли дітям мати власні телефони до старших класів середньої школи. Це робило їх диваками серед однолітків, особливо у середніх класах. Спочатку вони благали й жалібно випрошували дозволу мати власні телефони, але через деякий час почали сприймати цю особливість як невід’ємну частину ідентичності. Ще ми наполягали на тому, щоб за будь-якої нагоди їздити на велосипедах, а не на авто, а також проводити час разом без жодних пристроїв.

Я переконана у тому, що тренер наших дітей з плавання має таємний ступінь доктора наук з поведінкової економіки. Він постійно застосовує самопожертву й стигматизацію для зміцнення клубних благ. Насамперед він вимагає приділяти плаванню надзвичайно багато часу (до 4 годин тренування на день для учнів старших класів), а також соромить підлітків, які пропускають тренування. До того ж він використовує визнання й винагороди за високий рівень відвідування (щось на зразок жетонів «30 днів тверезості» в АА), у тому числі можливість узяти участь у виїзних зборах. У команді діють суворі правила стосовно того, що саме одягати на такі збори: червоні футболки у п’ятницю, сірі футболки у суботу, лише одяг з логотипом команди (кепки, плавальні костюми, захисні окуляри). Це дає змогу відрізнити членів команди від дітей з інших команд, котрі мають дещо буденний вигляд. Більшість цих правил здаються надмірними й недоречними, але вони є виправданими, якщо розглянути їх з точки зору максимізації корисності для посилення участі, зменшення кількості безбілетників і зміцнення клубних благ. Діти прагнуть потрапити у цю команду, і, здається, їм подобається подібна вимогливість, навіть коли вони скаржаться на неї.

Просоціальний сором знайшов свій найобнадійливіший прояв у Зеленому русі, що поєднує ідеї самопожертви, стигматизації й просоціального сорому з відданістю справі, котра важливіша за нас самих — адже йдеться про порятунок планети.

**Ендемічний сором**

Дуже багато моїх пацієнтів та інших людей відчувають сором з незрозумілих причин. Я припускаю, що існує підкатегорія сорому, що сформувалася у відповідь на сучасну культурну заклопотаність особистими досягненнями й визнанням. Психіатр і письменник Марк Епштайн зазначив: «Оскільки ми страждаємо на своєрідний психологічний матеріалізм, нас передусім цікавить вдосконалення самих себе. Саморозвиток, самооцінка, впевненість у собі, самовираження й самоконтроль — це наші найбажаніші риси». Сором — це природна реакція саморегуляції на надмірну пиху й заклопотаність собою.

Теологиня й психотерапевтка Марґарет Альте писала про «надмірність, що викликає сором», яка «вперше з'явилася відразу після створення світу. У третьому розділі Книги Буття Адам і Єва прагнуть бути подібними до Бога, пізнати добро і зло, й мимоволі відчувають сором».

На відміну від студентів, які були у мене двадцять років тому, сучасних студентів більше не задовольняє вивчення медицини. Зараз вони мають отримати бізнес-освіту, написати книжку, відкрити компанію. Я у захваті від їхньої старанності, але мені сумно через те, що просте прагнення стати хорошим лікарем стало другорядним.

Соціальні медіа посилюють нашу схильність до сорому, заохочуючи прагнення до винятковості. Зараз ми порівнюємо себе не просто з однокласниками, сусідами та колегами, а з усім світом, тому надто легко переконати себе, що варто було зробити більше, отримати більше чи просто жити інакше. Нам здається, що аби вважати своє життя «успішним», ми повинні досягти міфічних висот Стіва Джобса та Марка Цукерберга, або ж, на кшталт Елізабет Голмс із компанії Theranos (сучасного Ікара), зазнати краху, хоча б намагаючись.

Я й сама не захищена від культурної заклопотаності особистими досягненнями. Тут, у Кремнієвій долині, мене оточують люди, які докладають величезних зусиль, щоб досягти успіху. Я часто запитую себе: *чи достатньо у мене здобутків*? *Чому інші спромоглися досягти більшого*? *Чи маю я значення*? Це безкінечна гра, яку ми ведемо самі із собою, хоч би де було наше місце в діапазоні досягнень. Це не та гра, де можуть бути переможці, і навіть не та гра, у яку варто грати. Попри це, наша культура заохочує й винагороджує за цю гру. Інтернет і соціальні мережі лише загострюють цю проблему.

У мене була скромна кар'єра клінічної психіатрині, поки не вийшла моя книжка про епідемію опіоїдів. На мій подив, книжка привернула більше уваги, ніж я могла собі уявити. Невдовзі мене почали запрошувати на виступи по всій країні. Після виступів, що зазвичай проходили добре, у мене часто виникало незрозуміле відчуття сорому й навіть нікчемності, яке на деякий час повністю поглинало мене. Це відчуття викликало збентеження, поки мені не спало на думку, що сором, як і значне погіршення стану після вживання наркотиків — це відчуття, котре виникає внаслідок особистого звеличення.

Антидотом від сорому може бути відмова від особистого визнання на користь співвіднесення своєї особистості з чимось більшим, ніж ти сам. Це не означає, що ми повинні відмовитися від прагнення до зростання. Навпаки, нам слід нагадувати собі, що коли ми прагнемо й здобуваємо особисте визнання за наші досягнення, це має свою приховану ціну.

Кожного разу, коли я бачу, як після перемоги спортсмени визнають існування сили, могутнішої від них самих, простягаючи руки до неба, стаючи навколішки чи виконуючи інший релігійний ритуал, я сприймаю це не лише як прояв вдячності незримій силі, а й як неусвідомлений спосіб відвернути сором. Визнаючи той факт, що всі ми є невеличкою частиною могутнішої життєвої сили навколо нас, що ми завдячуємо особистими досягненнями щедрості долі й удачі, ми вгамовуємо нарцисизм, котрий викликає сором.

Під час одного наукового дослідження за участю 74 країн вимірювалися культурні цінності цих країн порівняно із загальним споживанням алкоголю на душу населення (вік піддослідних — понад 15 років; споживання алкоголю — у літрах чистого алкоголю за рік). За результатами цього дослідження було встановлено, що країни, де цінують «можливість бути частиною колективу» або «нерівний розподіл влади» (як у Ємені чи Сенеґалі), мають нижчий загальний рівень споживання алкоголю. Водночас у країнах, де цінують «незалежність» та «прагнення до позитивних афективних переживань» (скажімо, у Німеччині та Великій Британії), виявився вищий рівень споживання алкоголю. Під час цього дослідження враховувався рівень доходів, рівень освіти та стать. Аналогічні дані були отримані за три часові періоди, а також на підвибірках європейських і неєвропейських країн.

Під час дослідження не враховувалися інші змінні, котрі, як відомо, впливають на споживання алкоголю, а саме: середній вік населення, ціна алкогольних напоїв, закони або політика країни стосовно алкоголю й рівень урбанізації. Утім, це дослідження висвітлює предиктори споживання алкоголю під впливом культури у 74 країнах, на які припадає приблизно 90 % населення світу. Ці дані вказують на те, що культура індивідуалізму підвищує рівень споживання алкоголю, тоді як культура колективізму знижує його.

Зазвичай ми вважаємо сором негативним відчуттям, особливо у часи, коли слово «соромлення» (соромлення надлишкової ваги, соромлення сексуальності, соромлення тіла тощо) стало настільки емоційно обтяженим, що (цілком справедливо) асоціюється із цькуванням. Однак майже столітня історія існування організації «Анонімні алкоголіки» та зазначене вище дослідження за участю 74 країн, а також життєвий досвід моїх пацієнтів — усе це свідчить про те, що сором може мати позитивний, оздоровчий вплив, стираючи деякі гострі кути нарцисизму, зміцнюючи наші зв’язки з мережами соціальної підтримки, а також стримуючи наші адиктивні нахили, котрі заохочує гедоністичний, насичений дофаміном світ.

## Висновок. Налаштуйся, увімкнись, не відлітай

Усі ми прагнемо злиття зі своєю особистістю за межами «я» самосвідомості. Усі ми потребуємо перепочинку від зовнішнього світу та власних невгамовних роздумів. *Мені потрібно зробити це. Я повинен зробити те. Чому мені не вдалося зробити це правильно*? *Подивіться, що вони зі мною зробили. Подивіться, що я зробила з ними. Чому я тут*? *Чи маю я значення*?... І так без упину.

Адиктивні наркотики та моделі поведінки забезпечують цей перепочинок, однак урешті-решт тільки загострюють наші проблеми. А що, якби замість прагнення до забуття через утечу від світу ми б обернулися до нього? Якби замість того, щоб залишати цей світ за межами свого життя, ми занурилися б у нього?

Як ви пам’ятаєте, Мухаммед — це мій пацієнт, котрий випробовував різні форми самостримування з метою обмежити вживання канабісу, але зрештою опинявся там, де й починав, при цьому дедалі швидше переходив від помірного до надмірного вживання, а згодом і до залежності.

Мухаммед укотре вирішив узяти під контроль вживання канабісу і вирушив у похід у Пойнт-Реєсі, по туристичному маршруту неподалік Сан-Франциско, сподіваючись знайти перепочинок завдяки заняттю, що колись дарувало йому задоволення. Проте кожен поворот на маршруті викликав у нього яскраві спогади про куріння марихуани, адже у минулому він майже завжди здійснював такі походи у стані легкого наркотичного сп’яніння. Отже, замість того щоб дати перепочинок, цей похід перетворився на муки сильного потягу й болісне нагадування про втрату. Мухаммед уже не мав надії на те, що взагалі зможе подолати проблему канабісу.

А потім його осяяло. На оглядовому майданчику, котрий запам’ятався йому тим, що він палив там марихуану разом з друзями, Мухаммед підняв фотоапарат і спрямував об’єктив на розташоване поблизу дерево. Він побачив жука на листочку й ще більше сфокусував об’єктив, наблизивши зображення яскраво-червоного панцира жука, його смугастих вусиків і надзвичайно волохатих лапок. Мухаммед був зачарований. Його захопило створіння у фокусі об’єктива. Він зробив серію світлин, а потім змінив кут і зробив ще кілька фото. Протягом решти походу Мухаммед часто зупинявся, щоб фотографувати жуків у максимальному збільшенні. Щойно він це зробив, його потяг до канабісу став слабшим.

«Мені доводилося примушувати себе зберігати цілковитий спокій, — розповів мені Мухаммед під час одного з наших сеансів у 2017 році. — Мені потрібно було досягти повної непорушності, щоб зробити хороше фото у великому масштабі. Цей процес буквально заземляв мене, примушував зосередитися. Я відкрив на кінчику об’єктива дивовижний, сюрреалістичний і привабливий світ, що не поступався тому світові, від якого я тікав за допомогою наркотиків. Але цей світ був набагато кращим, бо у ньому не було потреби в наркотиках».

Через багато місяців я усвідомила, що шлях Мухаммеда до одужання був схожий на мій шлях. Я свідомо вирішила знову поринути у піклування про пацієнтів, зосередившись на тих аспектах роботи, котрі завжди були для мене винагородою. Йдеться про стосунки з пацієнтами, що формувалися з плином часу, та про занурення у наратив як спосіб упорядкувати цей світ. Це дало мені змогу подолати компульсивне читання любовних романів та присвятити себе прекрасній і важливій кар’єрі. Окрім того, я досягла

відчутного успіху в роботі, але він виявився несподіваним побічним продуктом, а не тим, чого я прагнула.

Я закликаю знайти власний спосіб повного занурення у дароване вам життя. Припинити тікати від того, від чого ви намагаєтеся утекти, й натомість зупинитися, обернутися й поглянути цьому в обличчя, хай би чим воно було. Я хочу, щоб ви наважилися піти йому назустріч. Завдяки цьому світ може розкритися перед вами, як щось магічне й дивовижне — те, від чого не потрібно тікати. Натомість світ може стати вартим вашої уваги.

Переваги пошуку й підтримання рівноваги між задоволенням і болем не бувають ні миттєвими, ні незмінними. Вони потребують терпіння й підтримки. Ми маємо бути готові рухатися далі попри непевність у тому, що чекає попереду. Ми повинні вірити у те, що поточні дії, котрі нібито не мають жодних наслідків у даний момент, насправді накопичуються у позитивному напрямку, що розкриється перед нами у певний загадковий момент у майбутньому. Здоровий спосіб життя формується день за днем.

Моя пацієнтка Марія якось сказала мені: «Одужання нагадує сцену з “Гаррі Поттера”, коли Дамблдор іде по темній алеї, запалюючи ліхтарі по дорозі. Тільки коли він дійшов до кінця алеї й озирнувся назад, він зміг побачити, що вся алея освітлена, побачити світло свого просування вперед».

Ось і ми дійшли до кінця, та це може бути лише початком нового способу взаємодії із сучасним світом, надмірно насиченим ліками, стимулами й задоволенням. Застосовуйте на практиці уроки підтримання рівноваги між задоволенням і болем, аби мати змогу озирнутися й побачити світло власного просування вперед.

**Уроки підтримання рівноваги між задоволенням і болем**

1. Невпинне прагнення до задоволення (та уникнення болю) спричиняє біль.

2. Одужання починається з утримання. Утримання дозволяє озирнутися й побачити шкідливі наслідки компульсивного прагнення до задоволення.

3. Утримання переналаштовує шлях винагороди у мозку і водночас нашу здатність насолоджуватися простішими задоволеннями.

4. Самостримування створює реальний і метакогнітивний простір між бажанням та споживанням. Самостримування — це необхідна складова сучасного життя у світі, надмірно обтяженому дофаміном.

5. Лікарські препарати, що впливають на задоволення, також здатні відновити гомеостаз, проте необхідно запитати себе, чим ми ризикуємо й що втрачаємо, намагаючись позбавитися болю за допомогою ліків.

6. Натискання на той бік терезів, де розташований біль, забезпечує стійкіше джерело дофаміну й переналаштовує шлях винагороди на задоволення.

7. Остерігайтеся виникнення залежності від болю.

8. Цілковита чесність — це щоденна практика висловлення правди про все, важливе й другорядне, яка вимагає значних зусиль. Така практика може принести користь у формі усвідомленості, близькості й мислення достатку.

9. Просоціальний сором підтверджує той факт, що всі ми люди. Просоціальний сором містить співчуття та прийняття, а також дає можливість спокутувати провину.

10. Замість того щоб тікати від світу, ми можемо знайти порятунок, поринувши у нього.

## Примітка від авторки

Відверті розмови та історії, що є у цій книжці, були введені до неї за свідомою письмовою згодою співрозмовників. У процесі отримання згоди я ставила такі запитання: «Якщо хтось з людей, котрі вас добре знають, прочитає вашу історію, вас можуть упізнати, навіть якщо я зміню ім’я. Чи згодні ви з цим?», а також «Якщо є певні подробиці, внесення яких у книжку ви не бажаєте, повідомте мені про це — я не буду їх використовувати». Крім того, щоб захистити приватність, я видалила або змінила імена та інші демографічні подробиці, навіть коли учасники цих бесід погоджувалися залишити їх без змін. Я безмежно вдячна кожному, хто поділився зі мною своїми думками, досвідом та ідеями.

## Подяки

Хочу подякувати пацієнтам, які поділилися зі мною своїм досвідом і роздумами в процесі написання цієї книжки. Їхня готовність розповісти про себе не лише мені, а й невидимим, невідомим читачам — це вияв мужності й щедрості. Завдяки їм ця книжка стала можливою.

Я хотіла б також подякувати людям, які не були моїми пацієнтами, однак погодилися дати інтерв’ю для цієї книжки. Їхні думки про залежність та одужання суттєво доповнили мої роздуми.

Мені пощастило бути в оточенні великої кількості вдумливих, творчих людей, ідеї яких знайшли свій шлях до цієї книжки через наші бесіди. Назвати їх усіх неможливо, однак я хочу висловити особливу подяку таким людям, як Кент Даннінґтон, Кіт Гемпфрі, Ерік Іанеллі, Роб Маленка, Меттью Прикупеч, Джон Руарк та Деніел Саал.

Дякую Робінові Коулману за те, що він спонукав мене знову взятися за написання книжки, Бонні Солоу за віру в цей проєкт, Деб Маккеролл за малюнки, а також Стівенові Морроу й Ганні Фіні за успішне втілення цього проєкту.

Насамкінець хочу зазначити: все це було б неможливим без підтримки мого любого чоловіка Ендрю.

## Про авторку

Анна Лембке — професорка психіатрії й наркології медичного факультету Стенфордського університету та директорка Стенфордської клініки подвійної діагностики. Отримала численні нагороди за видатні дослідження у галузі психічних захворювань, за високі досягнення у викладацькій діяльності, а також за клінічні інновації в лікуванні. Як науковиця-клініцистка, Анна Лембке опублікувала понад 100 рецензованих робіт, розділів книжок і коментарів у престижних виданнях, як-от New England Journal of Medicine та The Journal of the American Medical Association. Вона є авторкою книжки про епідемію рецептурних препаратів «Торговці наркотиками. Як лікарі лишилися в дурнях, пацієнти стали залежними й чому це так важко зупинити» (Drug Dealer, MD. How Doctors Were Duped, Patients Got Hooked, and Why It’s So Hard to Stop). Анна Лембке входить до складу декількох місцевих і загальнонаціональних організацій, зосереджених на проблемі зловживання. До того ж вона давала свідчення перед різними комітетами Палати представників і Сенату США, регулярно виступає з доповідями, а також веде успішну клінічну практику.

## Список літератури

Adinoff, Bryon. “Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction.” Harv Rev Psychiatry 12, no. 6 (2004): 305–20. https://doi.org/10.1080/10673220490910844.

Aguiar, Mark, Mark Bils, Kerwin Kofi Charles, and Erik Hurst. “Leisure Luxuries and the Labor Supply of Young Men.” National Bureau of Economic Research, 2017. https://doi.org/10.3386/w23552.

Ahmed, S. H., and G. F. Koob. “Transition from Moderate to Excessive Drug Intake: Change in Hedonic Set Point.” Science, 1998. https://doi.org/10.1126/science.282.5387.298.

Alexander, B.K. The Globalization of Addiction: A Study in the Poverty of Spirit. Oxford University Press, 2010.

Alter, Margaret. Resurrection Psychology: An Understanding of Human Personality Based on the Life and Teachings of Jesus. Wipf and Stock, 2005.

ASPPH Task Force on Public Health Initiatives to Address the Opioid Crisis. Bringing Science to Bear on Opioids: Report and Recommendations, November 2019. Bachhuber, Marcus A., Sean Hennessy, Chinazo O. Cunningham, and Joanna L. Starrels. "Increasing Benzodiazepine Prescriptions and Overdose Mortality in the United States, 1996-2013." American Journal of Public Health 106, no. 4 (2016): 686–88. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303061.

Bassareo, Valentina, and Gaetano Di Chiara. "Modulation of Feeding-Induced Activation of Mesolimbic Dopamine Transmission by Appetitive Stimuli and Its Relation to Motivational State." European Journal of Neuroscience 11, no. 12 (1999): 4389–97. https://doi.org/10.1046/j.1460-9568.1999.00843.x.

Baumeister, Roy F. "Where Has Your Willpower Gone?" New Scientist 213, no. 2849 (2012): 30–31. https://doi.org/10.1016/s0262-4079(12)60232-2.

Beecher, Henry. "Pain in Men Wounded in Battle." Anesthesia & Analgesia, 1947. https://doi.org/10.1213/00000539-194701000-00005.

Bickel, Warren K., A. George Wilson, Chen Chen, Mikhail N. Koffarnus, and Christopher T. Franck. "Stuck in Time: Negative Income Shock Constricts the Temporal Window of Valuation Spanning the Future and the Past." PLOS ONE 11, no. 9 (2016): 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163051.

Bickel, Warren K, Benjamin P Kowal, and Kirstin M. Gatchalian. "Understanding Addiction as a Pathology of Temporal Horizon." The Behavior Analyst Today 7, no. 1 (2006): 32–47. https://doi.org/10.1037/h0100148.

Blanchflower, David G., and Andrew J. Oswald. "Unhappiness and Pain in Modern America: A Review Essay, and Further Evidence, on Carol Graham's Happiness for All?" IZA Institute of Labor Economics discussion paper, November 2017.

Bluck, R.S. "Plato's Phaedo: A Translation of Plato's Phaedo." Taylor & Francis, 2014. https://www.google.com/books/edition/Plato_s_Phaedo/7FzXAwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=%22how+strange+would+appear+to+be+this+thing+that+men+call+pleasure%22&pg=PA41&printsec=frontcover.

Bretteville-Jensen, A. L. "Addiction and Discounting." Journal of Health Economics 18, no. 4 (1999): 393–407. https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00057-5.

Brown, S A, and M A Schuckit. "Changes in Depression among Abstinent Alcoholics." J Stud Alcohol 49, no. 5 (1988): 412–17. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=3216643.

Calabrese, Edward J., and Mark P. Mattson. “How Does Hormesis Impact Biology, Toxicology, and Medicine?” Npj Aging and Mechanisms of Disease, 2017. https://doi.org/10.1038/s41514-017-0013-z.

“Capital Pains.” The Economist, n.d.

Case, Anne, and Angus Deaton. Deaths of Despair and the Future of Capitalism. Princeton University Press, 2020. https://doi.org/10.2307/j.ctvpr7rb2.

Cerletti, Ugo. “Old and New Information about Electroshock.” American Journal of Psychiatry 107, no. 2 (1950): 87–94. https://doi .org/10.1176/ajp.107.2.87.

Chang, Jeffrey S., Jenn Ren Hsiao, and Che Hong Chen. “ALDH2 Polymorphism and Alcohol-Related Cancers in Asians: A Public Health Perspective Tse-Hua Tan.” Journal of Biomedical Science 24, no. 1 (2017): 1–10. https://doi.org/10.1186/s12929-017-0327-y.

Chanraud, Sandra, Anne-Lise Pitel, Eva M. Muller-Oehring, Adolf Pfefferbaum, and Edith V. Sullivan. “Remapping the Brain to Compensate for Impairment in Recovering Alcoholics,” Cerebral Cortex 23 (2013): 97–104. http://doi:10.1093/cercor/bhr38.

Chen, Scott A., Laura E. O’Dell, Michael E. Hoefer, Thomas N. Greenwell, Eric P. Zorrilla, and George F. Koob. “Unlimited Access to Heroin Self-Administration: Independent Motivational Markers of Opiate Dependence.” Neuropsychopharmacology 31, no. 12 (2006): 2692–2707. https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301008.

Chiara, G. Di, and A. Imperato. “Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats.” Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 85, no. 14 (1988): 5274–78. https://doi.org/10.1073/pnas.85.14.5274.

Chu, Larry F., David J. Clark, and Martin S. Angst. “Opioid Tolerance and Hyperalgesia in Chronic Pain Patients after One Month of Oral Morphine Therapy: A Preliminary Prospective Study.” Journal of Pain 7, no. 1 (2006): 43–48. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.08.001.

Church of Jesus Christ of Latter-day Saints. “Dress and Appearance.” Accessed July 2, 2020. https://www.churchofjesuschrist. org/study/manual/for-the-strength-of-youth/dress-and-appearance? lang=eng.

Church, Russell M., Vincent LoLordo, J. Bruce Overmier, Richard L. Solomon, and Lucille H. Turner. “Cardiac Responses to Shock in Curarized Dogs: Effects of Shock Intensity and Duration, Warning Signal, and Prior Experience with Shock.” Journal of Comparative and Physiological Psychology 62, no. 1 (1966): 1–7. https://doi.org/ 10.1037/h0023476

Cologne, John B., and Dale L. Preston. “Longevity of Atomic-Bomb Survivors.” Lancet, 2000. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02506-X.

Coolen, P., S. Best, A. Lima, J. Sabel, and L. Paulozzi. “Overdose Deaths Involving Prescription Opioids among Medicaid Enrollees— Washington, 2004–2007.” Morbidity and Mortality Weekly Report 58, no. 42 (2009): 1171–75.

Courtwright, David T. “Addiction to Opium and Morphine.” In Dark Paradise, 35–60. Harvard University Press, 2009. https://doi.org/10.2307/j.ctvk12rb0.7.

Courtwright, David T. The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business. Cambridge, MA: Belknap Press, 2019. https://doi.org/ 10.4159/9780674239241.

Crump, Casey, Kristina Sundquist, Jan Sundquist, and Marilyn A. Winkleby. “Neighborhood Deprivation and Psychiatric Medication Prescription: A Swedish National Multilevel Study.” Annals of Epidemiology, 2011. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.01.005.

Cui, Changhai, Antonio Noronha, Kenneth R. Warren, George F. Koob, Rajita Sinha, Mahesh Thakkar, John Matochik, et al. “Brain Pathways to Recovery from Alcohol Dependence.” Alcohol, 2015. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.04.006.

Cypser, James R., Pat Tedesco, and Thomas E. Johnson. “Hormesis and Aging in Caenorhabditis Elegans.” Experimental Gerontology, 2006. https://doi.org/10.1016/j.exger.2006.09.004.

Douthat, Ross. Bad Religion: How We Became a Nation of Heretics. New York: Free Press, 2013.

Dunnington, Kent. Addiction and Virtue: Beyond the Models of Disease and Choice. IVP Academic, 2011.

Edlund, Mark J., Katherine M. Harris, Harold G. Koenig, Xiaotong Han, Greer Sullivan, Rhonda Mattox, and Lingqi Tang. “Religiosity and Decreased Risk of Substance Use Disorders: Is the Effect Mediated by Social Support or Mental Health Status?” Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2010. https://doi.org/10.1007/s00127-009-0124-3.

Eikelboom, Roelof, and Randelle Hewitt. “Intermittent Access to a Sucrose Solution for Rats Causes Long-Term Increases in Consumption.” Physiology and Behavior 165 (2016): 77–85. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.07.002.

El-Mallakh, Rif S., Yonglin Gao, and R. Jeannie Roberts. “Tardive Dysphoria: The Role of Long Term Antidepressant Use in-Inducing Chronic Depression.” Medical Hypotheses, 2011. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2011.01.020.

Epstein, Mark. Going on Being: Life at the Crossroads of Buddhism and Psychotherapy. Simon and Schuster, 2009.

Fava, Giovanni A., and Fiammetta Cosci. “Understanding and Managing Withdrawal Syndromes after Discontinuation of Antidepressant Drugs.” Journal of Clinical Psychiatry, 2019. https://doi.org/10.4088/JCP.19com12794.

Fiorino, Dennis F., Ariane Coury, and Anthony G. Phillips. “Dynamic Changes in Nucleus Accumbens Dopamine Efflux during the Coolidge Effect in Male Rats.” Journal of Neuroscience 17, no. 12 (1997): 4849–55. https://doi.org/10.1523/jneurosci.17-12-04849.1997.

Fisher, J. P., D. T. Hassan, and N. O’Connor. “Case Report on Pain.” British Medical Journal 310, no. 6971 (1995): 70. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548478/pdf/bmj00574-0074.pdf.

Fogel, Robert William. The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism. University of Chicago Press, 2000.

Francis, David R. “Why High Earners Work Longer Hours.” The National Bureau of Economic Research, 2020. http://www.nber.org/digest/jul06/w11895.html.

Frank, Joseph W., Travis I. Lovejoy, William C. Becker, Benjamin J. Morasco, Christopher J. Koenig, Lilian Hoffecker, Hannah R. Dischinger, Steven K. Dobscha, and Erin E. Krebs. “Patient Outcomes in Dose Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Therapy: A Systematic Review.” Annals of Internal Medicine 167, no. 3 (2017): 181–91. https://doi.org/10.7326/M17-0598.

Franken, Ingmar H.A., Corien Zijlstra, and Peter Muris. “Are Nonpharmacological Induced Rewards Related to Anhedonia? A Study among Skydivers.” Progress in Neuro-Psycho-pharmacology and Biological Psychiatry, 2006. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.10.011.

Gasparro, Annie, and Jessie Newman. “The New Science of Taste: 1,000 Banana Flavors.” The Wall Street Journal, October 31, 2014.

Ghertner, R., and L. Groves. “The Opioid Crisis and Economic Opportunity: Geographic and Economic Trends.” ASPE Research Brief from the U.S. Department of Health and Human Services, 2018. https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/259261/ASPEEconomicOpportunityOpioidCrisis.pdf.

Grant, Bridget F, S Patricia Chou, Tulshi D Saha, Roger P Pickering, Bradley T Kerridge, W June Ruan, Boji Huang, et al. “Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.” JAMA Psychiatry 74, no. 9 (September 1, 2017): 911–23. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161.

Hall, Wayne. “What Are the Policy Lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920-1933?” Addiction, 2010. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02926.x.

Hatcher, Alexandrea E., Sonia Mendoza, and Helena Hansen. “At the Expense of a Life: Race, Class, and the Meaning of Buprenorphine in Pharmaceuticalized ‘Care.’” Substance Use and Misuse, 2018. https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385633.

Helliwell, John F., Haifang Huang, and Shun Wang. “Chapter 2: Changing World Happiness.” World Happiness Report 2019, March 20, 2019.

Hippocrates. “Aphorisms.” Accessed July 8, 2020. http://classics.mit.edu/Hippocrates/aphorisms.1.i.html.

Howie, Lajeana D., Patricia N. Pastor, and Susan L. Lukacs. “Use of Medication Prescribed for Emotional or Behavioral Difficulties among Children Aged 6-17 Years in the United States, 2011-2012.” Health Care in the United States: Developments and Considerations 5, no. 148 (2015): 25–35.

Hung, Lin W., Sophie Neuner, Jai S. Polepalli, Kevin T. Beier, Matthew Wright, Jessica J. Walsh, Eastman M. Lewis, et al. “Gating of Social Reward by Oxytocin in the Ventral Tegmental Area.” Science 357, no. 6358 (2017): 1406–11. https://doi.org/10.1126/science.aan4994.

Huxley, Aldous. Brave New World Revisited. New York: Harper Collines, 2004.

Iannaccone, L R. “Sacrifice and Stigma: Reducing Free-Riding in Cults, Communes, and Other Collectives.” Journal of Political Economy 100, no. 2 (1992): 271–91.

Iannaccone, Laurence R. “Why Strict Churches Are Strong.” American Journal of Sociology 99, no. 5 (1994): 1180–1211. https://doi,org/10.2307/2781147 .

Iannelli, Eric J. “Species of Madness.” Times Literary Supplement, September 2017.

Jonas, Bruce S., Qiuping Gu, and Juan R. Albertorio-Diaz. “Psychotropic Medication Use among Adolescents: United States, 2005-2010.” NCHS Data Brief, no. 135 (2013): 1–8.

Jorm, Anthony F., Scott B. Patten, Traolach S. Brugha, and Ramin Mojtabai. “Has Increased Provision of Treatment Reduced the Prevalence of Common Mental Disorders? Review of the Evidence from Four Countries.” World Psychiatry 16, no. 1 (2017): 90–99. https://doi.org/10.1002/wps.20388.

Kant, Immanuel, and H J Patton. “Groundwork for the Metaphysic of Morals (1785).” Practical Philosophy, 2005. https://doi.org/10.4324/9780203981948.

Katcher, Aaron H, Richard L Solomon, Lucille H Turner, and Vincent Lolordo. “Heart Rate and Blood Pressure Responses to Signaled and Unsignaled Shocks: Effects of Cardiac Sympathectomy.” J Comp Physiol Psychol 68, no. 2 (1969): 163–74.

Kidd, Celeste, Holly Palmeri, and Richard N. Aslin. “Rational Snacking: Young Children’s Decision-Making on the Marshmallow Task Is Moderated by Beliefs about Environmental Reliability.” Cognition 126, no. 1 (2013): 109–14. https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.08.004.

Knibbs, Kate. “All the Gear an Ultramarathoner Legen Brings with Him on the Trail.” Gizmodo, 2015. https://gizmodo.com/all-the-gear-an-ultramarathon-legend-brings-with-him-on-1736088954.

Kohrman, Matthew, Quan Gan, Liu Wennan, and Robert N Proctor. Poisonous Pandas Chinese Cigarette Manufacturing in Critical Historical Perspectives. Stanford, California: Stanford University Press, 2018.

Kolb, B., G. Gorny, Y. Li, A.-N. Samaha, and T. E. Robinson. “Amphetamine or Cocaine Limits the Ability of Later Experience to Promote Structural Plasticity in the Neocortex and Nucleus Accumbens.” Proceedings of the National Academy of Sciences, 2003. https://doi.org/10.1073/pnas.1834271100.

Kolb, Brian, Grazyna Gorny, Yilin Li, Anne-Noël Samaha, and Terry E. Robinson. “Amphetamine or Cocaine Limits the Ability of Later Experience to Promote Structural Plasticity in the Neocortex and Nucleus Accumbens.” Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 100, no. 18 (2003): 10523–28. https://doi.org/10.1073/pnas.1834271100.

Koob, George F. “Hedonic Homeostatic Dysregulation as a Driver of Drug-Seeking Behavior.” Drug Discovery Today: Disease Models, 2008. https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2009.04.002.

Kramer, Peter D. Listening to Prozac. New York: Viking Press, 1993.

Kreher, Jeffrey B., and Jennifer B. Schwartz. “Overtraining Syndrome: A Practical Guide.” Sports Health, 2012. https://doi.org/10.1177/1941738111434406.

Leknes, Siri, and Irene Tracey. “A Common Neurobiology for Pain and Pleasure.” Nature Reviews Neuroscience 9, no. 4 (2008): 314–20. https://doi.org/10.1038/nrn2333.

Lembke, Anna. Drug Dealer, MD: How Doctors Were Duped, Patients Got Hooked, and Why It’s So Hard to Stop. 1st ed. Johns Hopkins University Press, 2016.

Lembke, Anna. “Time to Abandon the Self-Medication Hypothesis in Patients with Psychiatric Disorders.” American Journal of Drug and Alcohol Abuse 38, no. 6 (2012): 524–29. https://doi.org/10.3109 /00952990.2012.694532.

Lembke, Anna, and Amer Raheemullah. “Addiction and Exercise.” In Lifestyle Psychiatry: Using Exercise, Diet and Mindfulness to Manage Psychiatric Disorders, edited by Doug Noordsy. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2019.

Lembke, Anna, and Niushen Zhang. “A Qualitative Study of Treatment-Seeking Heroin Users in Contemporary China.” Addiction Science & Clinical Practice 10 (2015). https://doi.org/10.1186/s13722-015-0044-3.

Levin, Edmund C. “The Challenges of Treating Developmental Trauma Disorder in a Residential Agency for Youth.” Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 37, no. 3 (2009): 519–38. https://doi.org/10.1521/jaap.2009.37.3.519.

Linnet, J., E. Peterson, D. J. Doudet, A. Gjedde, and A. Møller. “Dopamine Release in Ventral Striatum of Pathological Gamblers Losing Money.” Acta Psychiatrica Scandinavica, 2010. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01591.x.

Liu, Qingqing, Hairong He, Jin Yang, Xiaojie Feng, Fanfan Zhao, and Jun Lyu. “Changes in the Global Burden of Depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease Study.” Journal of Psychiatric Research 126, no. June 2019 (2019): 134–40. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002.

Liu, X. “Inhibiting Pain with Pain — A Basic Neuromechanism of Acupuncture Analgesia.” Chinese Science Bulletin 46, no. 17 (2001): 1485–94. https://doi.org/10.1007/BF03187038.

Low, Yinghui, Collin F. Clarke, and Billy K. Huh. “Opioid-Induced Hyperalgesia: A Review of Epidemiology, Mechanisms and Management.” Singapore Medical Journal 53, no. 5 (2012): 357–60.

MacCoun, Robert. “Drugs and the Law: A Psychological Analysis of Drug Prohibition.” Psychological Bulletin 113 (June 1, 1993): 497–512. https://doi.org/10.1037//0033-2909.113.3.497.

Maréchal, Michel André, Alain Cohn, Giuseppe Ugazio, and Christian C. Ruff. “Increasing Honesty in Humans with Noninvasive Brain Stimulation.” Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 114, no. 17 (2017): 4360–64. https://doi.org/10.1073/pnas.1614912114.

Mattson, Mark P. “Energy Intake and Exercise as Determinants of Brain Health and Vulnerability to Injury and Disease.” Cell Metabolism, 2012. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2012.08.012.

Mattson, Mark P., and Ruiqian Wan. “Beneficial Effects of Intermittent Fasting and Caloric Restriction on the Cardiovascular and Cerebrovascular Systems.” Journal of Nutritional Biochemistry, 2005. https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2004.12.007.

McClure, Samuel M., David I. Laibson, George Loewenstein, and Jonathan D. Cohen. “Separate Neural Systems Value Immediate and Delayed Monetary Rewards.” Science 306, no. 5695 (2004): 503–7. https://doi.org/10.1126/science.1100907.

Meijer, Johanna H., and Yuri Robbers. “Wheel Running in the Wild.” Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, July 7, 2014. https://doi.org/10.1098/rspb.2014.0210.

Meijer, Johanna H, and Yuri Robbers. “Wheel Running in the Wild,” 2014.

Meldrum, M L. “A Capsule History of Pain Management.” JAMA 290, no. 18 (2003): 2470–75. https://doi.org/10.1001/jama.290.18.2470.

Mendis, Shanthi, Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Jeremy Lauer, Cecile Mace, Shanthi Mendis, et al. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. World Health Organization, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream /handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf.

Minois, Nadège. “The Hormetic Effects of Hypergravity on Longevity and Aging.” Dose-Response, 2006. https://doi.org/10.2203/dose-response.05-008.minois.

Montagu, K. A. “Catechol Compounds in Rat Tissues and in Brains of Different Animals [11].” Nature, 1957. https://doi.org/10.1038/180244a0.

National Potato Council. Potato Statistical Yearbook 2016. Accessed April 18, 2020. https://www.nationalpotatocouncil.org/files/7014 /6919/7938/NPCyearbook2016_-_FINAL.pdf.

Ng, Marie, Tom Fleming, Margaret Robinson, Blake Thomson, Nicholas Graetz, Christopher Margono, Erin C Mullany, et al. “Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults during 1980–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.” The Lancet 384, no. 9945 (August 2014): 766–81. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8.

Ng, S W, and B M Popkin. “Time Use and Physical Activity : A Shift Away from Movement across the Globe,” no. August (2012): 659–80. https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00982.x.

O’Dell, Laura E., Scott A. Chen, Ron T. Smith, Sheila E. Specio, Robert L. Balster, Neil E. Paterson, Athina Markou, et al. “Extended Access to Nicotine Self-Administration Leads to Dependence: Circadian Measures, Withdrawal Measures, and Extinction Behavior in Rats.” Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 320, no. 1 (2007): 180–93. https://doi.org/10.1124/ jpet.106.105270.

“OECD Health Statistics,” n.d. http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.

OECD. “Special Focus: Measuring Leisure in OECD Countries.” In Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators. Paris: OECD Publishing, 2009. https://doi.org/10.1787/soc_glance-2008-en.

Ohe, Christina G. Von Der, Corinna Darian-Smith, Craig C. Garner, and H. Craig Heller. “Ubiquitous and Temperature-Dependent Neural Plasticity in Hibernators.” Journal of Neuroscience, 2006. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2874-06.2006.

Omura, Daniel T., Damon A. Clark, Aravinthan D T Samuel, and H. Robert Horvitz. “Dopamine Signaling Is Essential for Precise Rates of Locomotion by C. Elegans.” PLOS ONE, 2012. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038649.

Östlund, Magdalena Plecka, Olof Backman, Richard Marsk, Dag Stockeld, Jesper Lagergren, Finn Rasmussen, and Erik Näslund. “Increased Admission for Alcohol Dependence After Gastric Bypass Surgery Compared With Restrictive Bariatric Surgery.” JAMA Surgery, 2013. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.700.

Pascoli, Vincent, Marc Turiault, and Christian Lüscher. “Reversal of Cocaine-Evoked Synaptic Potentiation Resets Drug-Induced Adaptive Behaviour.” Nature, 2012. https://doi.org/10.1038/nature10709.

Pedersen, B. K., and B. Saltin. “Exercise as Medicine—Evidence for Prescribing Exercise as Therapy in 26 Different Chronic Diseases.” Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 25, no. S3 (2015): 1–72.

Petry, Nancy M., Warren K. Bickel, and Martha Arnett. “Shortened Time Horizons and Insensitivity to Future Consequences in Heroin Addicts.” Addiction, 1998. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9357298.x.

Piper, Brian J., Christy L. Ogden, Olapeju M. Simoyan, Daniel Y. Chung, James F. Caggiano, Stephanie D. Nichols, and Kenneth L. McCall. “Trends in Use of Prescription Stimulants in the United States and Territories, 2006 to 2016.” PLOS ONE 13, no. 11 (2018). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206100.

Postman, Neil. Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in the Age of Show Business. New York: Penguin Books, 1986.

Pratt, Laura A., Debra J. Brody, and Quiping Gu. “Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005–2008.” NCHS Data Brief No. 76, October 2011. https://www.cdc.gov/nchs/products /databriefs/db76.htm.

“Qur’an: Verse 24:31.” Accessed July 2, 2020. http://corpus.quran.com/translation.jsp?chapter=24&verse=31.

Ramos, Dandara, Tânia Victor, Maria Lucia Seidl-de-Moura, and Martin Daly. “Future Discounting by Slum-Dwelling Youth Versus University Students in Rio de Janeiro.” Journal of Research on Adolescence 23, no. 1 (2013): 95–102. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00796.x.

Rieff, Philip. The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud. New York: Harper and Row, 1966.

Ritchie, Hannah, and Max Roser. “Drug Use.” Our World in Data. Retrieved 2019. https://ourworldindata.org/drug-use.

Robinson, Terry E., and Bryan Kolb. “Structural Plasticity Associated with Exposure to Drugs of Abuse.” Neuropharmacology, 2004. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2004.06.025.

Rogers, J. L., S. De Santis, and R. E. See. “Extended Methamphetamine Self-Administration Enhances Reinstatement of Drug Seeking and Impairs Novel Object Recognition in Rats.” Psychopharmacology 199, no. 4 (2008): 615–24. https://doi.org/10.1007/s00213-008-1187-7.

Ruscio, Ayelet Meron, Lauren S. Hallion, Carmen C.W. Lim, Sergio Aguilar-Gaxiola, Ali Al-Hamzawi, Jordi Alonso, Laura Helena Andrade, et al. “Cross-Sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder across the Globe.” JAMA Psychiatry, 2017. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.

Saal, Daniel, Yan Dong, Antonello Bonci, and Robert C. Malenka. “Drugs of Abuse and Stress Trigger a Common Synaptic Adaptation in Dopamine Neurons.” Neuron 37, no. 4 (2003): 577–82. https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00021-7.

Saints, The Church of Jesus Christ of Latter Day. “Dress and Appearance.” Accessed July 2, 2020. https://www.churchofjesuschrist.org/study/manual/for-the-strength-of-youth/dress-and-appearance?lang=eng.

Satel, Sally, and Scott O. Lilienfeld. “Addiction and the Brain-Disease Fallacy.” Frontiers in Psychiatry 4, no. MAR (2014): 1–11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00141.

Schelling, Thomas. “Self-Command in Practice, in Policy, and in a Theory of Rational Choice.” American Economic Review 74, no. 2 (1984): 1–11. https://econpapers.repec.org/article/aeaaecrev/v_3a74 _3ay_3a1984_3ai_3a2_3ap_3a1-11.htm. https://doi.org/10.2307/1816322.

Schwarz, Alan. “Thousands of Toddlers Are Medicated for A.D.H.D., Report Finds, Raising Worries.” New York Times, May 16, 2014.

Shanmugam, Victoria K., Kara S. Couch, Sean McNish, and Richard L. Amdur. “Relationship between Opioid Treatment and Rate of Healing in Chronic Wounds.” Wound Repair and Regeneration, 2017. https://doi.org/10.1111/wrr.12496.

Sharp, Mark J., and Thomas A. Melnik. “Poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics—New York State, 2003–2012.” Morbidity and Mortality Weekly Report 64, no. 14 (2015): 377–80.

Shahbandeh, M. “Gluten-Free Food Market Value in the United States from 2014 to 2025.” Statista, November 20, 2019. Accessed July 2, 2020. https://www.statista.com/statistics/884086/us-gluten -free-food-market-value/.

Sherwin, C. M. “Voluntary Wheel Running: A Review and Novel Interpretation.” Animal Behaviour, 1998. https://doi.org/10.1006/anbe.1998.0836.

Shoda, Yuichi, Walter Mischel, and Philip K. Peake. “Predicting Adolescent Cognitive and Self-Regulatory Competencies From Preschool Delay of Gratification: Identifying Diagnostic Conditions.” Developmental Psychology 26, no. 6 (1990): 978–86. https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.6.978.

Sinclair, J. D. “Evidence about the Use of Naltrexone and for Different Ways of Using It in the Treatment of Alcoholism.” Alcohol and Alcoholism, 2001. https://doi.org/10.1093/alcalc/36.1.2.

Singh, Amit, and Sujita Kumar Kar. “How Electroconvulsive Therapy Works?: Understanding the Neurobiological Mechanisms.” Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 2017. https://doi.org/10.9758/cpn.2017.15.3.210.

Sobell, L C, J A Cunningham, and M B Sobell. “Recovery from Alcohol Problems with and without Treatment: Prevalence in Two Population Surveys.” Am J Public Health 86 (1996): 966–72

Sobell, Mark B., and Linda C. Sobell. “Controlled Drinking after 25 Years: How Important Was the Great Debate?” Addiction 90 (1995): 1149–53.

Solomon, Richard L., and John D. Corbit. “An Opponent-Process Theory of Motivation.” American Economic Review 68, no. 6 (1978): 12–24.

Spoelder, Marcia, Peter Hesseling, Annemarie M. Baars, José G. Lozeman-van ’t Klooster, Marthe D. Rotte, Louk J.M.J. Vanderschuren, and Heidi M.B. Lesscher. “Individual Variation in Alcohol Intake Predicts Reinforcement, Motivation, and Compulsive Alcohol Use in Rats.” Alcoholism: Clinical and Experimental Research 39, no. 12 (2015): 2427–37. https://doi.org/10.1111/acer.12891.

Sprenger, Christian, Ulrike Bingel, and Christian Büchel. "Treating Pain with Pain: Supraspinal Mechanisms of Endogenous Analgesia Elicited by Heterotopic Noxious Conditioning Stimulation." Pain, 2011. https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.018.

Šrámek, P., M. Šimečková, L. Janský, J. Šavlíková, and S. Vybíral. "Human Physiological Responses to Immersion into Water of Different Temperatures." European Journal of Applied Physiology, 2000. https://doi.org/10.1007/s004210050065.

Strang, John, Thomas Babor, Jonathan Caulkins, Benedikt Fischer, David Foxcroft, and Keith Humphreys. "Drug Policy and the Public Good: Evidence for Effective Interventions." Lancet 379 (2012): 71–83.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. "Behavioral Health, United States, 2012." HHS Publication No. (SMA) 13-4797, 2013. http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2012-BHUS.pdf.

Sutou, Shizuyo. "Low-Dose Radiation from A-Bombs Elongated Lifespan and Reduced Cancer Mortality Relative to Un-Irradiated Individuals." Genes and Environment, 2018. https://doi.org/10.1186/s41021-018-0114-3.

Sydenham, Thomas. "A Treatise of the Gout and Dropsy." In The Works of Thomas Sydenham, M.D. on Acute and Chronic Diseases, 254. London, 1783. https://books.google.com/books?id=iSxsAAAAMAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false2.

Synnott, Mark. "How Alex Honnold Made the Ultimate Climb Without a Rope." National Geographic. Accessed July 8, 2020. https://www.nationalgeographic.com/magazine/2019/02/alex-honnold-made-ultimate-climb-el-capitan-without-rope.

Synnott, Mark. The Impossible Climb: Alex Honnold, El Capitan, and the Climbing Life. New York: Dutton, 2018.

Taussíg, Helen B. "'Death' from Lightning and the Possibility of Living Again." American Scientist 57, no. 3 (1969): 306–16.

Tomek, Seven E., Gabriela M. Stegmann, and M. Foster Olive. "Effects of Heroin on Rat Prosocial Behavior." Addiction Biology 24, no. 4 (2019): 676–84. https://doi.org/10.1111/adb.12633.

Twelve Steps and Twelve Traditions. New York: AA World Services, n.d.

Vasconcellos, Silvio José Lemos, Matheus Rizzatti, Thamires Pereira Barbosa, Bruna Sangoi Schmitz, Vanessa Cristina Nascimento Coelho, and Andrea MacHado. "Understanding Lies

Based on Evolutionary Psychology: A Critical Review." Trends in Psychology, 2019. https://doi.org/10.9788/TP2019.1-11.

Vengeliene, Valentina, Ainhoa Bilbao, and Rainer Spanagel. "The Alcohol Deprivation Effect Model for Studying Relapse Behavior : A Comparison between Rats and Mice." ALC 48, no. 3 (2014): 313–20. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.03.002.

Volkow, N. D., J. S. Fowler, and G. J. Wang. "Role of Dopamine in Drug Reinforcement and Addiction in Humans: Results from Imaging Studies." Behavioural Pharmacology, 2002. https://doi.org/10.1097/00008877-200209000-00008.

Volkow, N D, J S Fowler, G-J Wang, and J M Swanson. "Dopamine in Drug Abuse and Addiction: Results from Imaging Studies and Treatment Implications." Molecular Psychiatry 9, no. 6 (June 2004): 557–69. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001507.

Watson, Gretchen Le Fever, Andrea Powell Arcona, and David O. Antonuccio. "The ADHD Drug Abuse Crisis on American College Campuses." Ethical Human Psychology and Psychiatry, 2015. https://doi.org/10.1891/1559-4343.17.1.5.

Weisman, Aly, and Kristen Griffin. "Jimmy Kimmel Lost a Ton of Weight on This Radical Diet." Business Insider, January 9, 2016.

Wells, K.B., R. Sturm, C.D. Sherbourne, and L.S. Meredith. Caring for Depression. Boston, MA: Harvard University Press, 1996.

Whitaker, Robert. Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. New York: Crown, 2010.

Winnicot, D.W. "Ego Distortion in Terms of True and False Self." In The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development, 140–57. New York: International Universities Press, Inc, 1960.

Wu, Tim. "The Tyranny of Convenience." New York Times, February 6, 2018.

Younger, Jarred, Noorulain Noor, Rebecca McCue, and Sean MacKey. "Low-Dose Naltrexone for the Treatment of Fibromyalgia: Findings of a Small, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Counterbalanced, Crossover Trial Assessing Daily Pain Levels." Arthritis and Rheumatism, 2013. https://doi.org/10.1002/art.37734.

Zhou, Qun Yong, and Richard D. Palmiter. "Dopamine-Deficient Mice Are Severely Hypoactive, Adipsic, and Aphagic." Cell 83, no. 7 (1995): 1197–1209. https://doi.org/10.1016/0092-8674(95)90145-0.

**Примітки**

1 Kent Dunnington, Addiction and Virtue: Beyond the Models of Disease and Choice (Downers Grove, IL: InterVarsity Press Academic, 2011). Це прекрасний теологічний і філософський трактат про залежність і віру.

2 Anna Lembke, Drug Dealer, MD: How Doctors Were Duped, Patients Got Hooked, and Why It’s So Hard to Stop, 1st ed. (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016). Існує багато чудових книжок на цю тему, зокрема: Pain Killer: An Empire of Deceit and the Origin of America’s Opioid Epidemic, by Barry Meier; Dreamland: The True Tale of America’s Opiate Epidemic, by Sam Quinones; Dopesick: Dealers, Doctors and the Drug Company That Addicted America, by Beth Macy. Кожна з цих книжок, у тому числі моя, досліджує причини епідемії опіоїдів під трохи іншим кутом.

3 ASPPH Task Force on Public Health Initiatives to Address the Opioid Crisis, Bringing Science to Bear on Opioids: Report and ecommendations, November 2019.

4 Wayne Hall, “What Are the Policy Lessons of National Alcohol Prohibition in the United States, 1920–1933?,” Addiction 105, no. 7 (2010): 1164–73, https://doi.org /10.1111/j.1360-0443.2010.02926.x.

5 Robert MacCoun, “Drugs and the Law: A Psychological Analysis of Drug Prohibition,” Psychological Bulletin 113 (June 1, 1993): 497–512, https://doi.org /10.1037//0033-2909.113.3.497. Існують значні суперечності й дискусії щодо впливу сухого закону, декриміналізації й легалізації психоактивних препаратів. Стаття Роберта Маккауна поєднує економіку, психологію й політичну філософію і дозволяє глибоко дослідити це питання.

6 Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Tulshi D. Saha, Roger P. Pickering, Bradley T. Kerridge, W. June Ruan, Boji Huang, et al., “Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001–2002 to 2012–2013: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions,” JAMA Psychiatry 74, no. 9 (September 1, 2017): 911–23, https://doi.org/ 10.1001/jamapsychiatry.2017.2161

7 Anna Lembke, “Time to Abandon the Self-Medication Hypothesis in Patients with Psychiatric Disorders,” American Journal of Drug and Alcohol Abuse 38, no. 6 (2012): 524–29, https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694532.

8 David T. Courtwright, The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business (Cambridge, MA: Belknap Press, 2019), https://doi.org/10.4159/9780674239241. Це захопливий і ерудований погляд на те, яким чином розширений доступ до адиктивних товарів і вчинків з плином часу й у різних культурах призвів до підвищеного споживання.

9 Matthew Kohrman, Gan Quan, Liu Wennan, and Robert N. Proctor, eds., Poisonous Pandas: Chinese Cigarette Manufacturing in Critical Historical Perspectives (Stanford, CA: Stanford University Press, 2018).

10 David T. Courtwright, “Addiction to Opium and Morphine,” in Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America (Cambridge, MA: Harvard University Press, 2009), https://doi.org/10.2307/j.ctvk12rb0.7. Це ще одна чудова книжка історика Девіда Кортрайта, що досліджує витоки епідемії опіоїдів в історичній перспективі, зокрема в кінці XIX століття, коли лікарі звичайно призначали морфін домогосподаркам вікторіанської епохи серед інших пацієнтів.

11 National Potato Council, Potato Statistical Yearbook 2016, accessed April 18, 2020, https://www.nationalpotatocouncil.org/files/7014/6919/7938/NPCyearbook2016 _-_FINAL.pdf.

12 Annie Gasparro and Jessie Newman, “The New Science of Taste: 1,000 Banana Flavors,” Wall Street Journal, October 31, 2014. Чудовий детальний аналіз змін у харчовій галузі можна знайти тут: David T. Courtwright’s The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business.

13 Shanthi Mendis, Tim Armstrong, Douglas Bettcher, Francesco Branca, Jeremy Lauer, Cecile Mace, Vladimir Poznyak, Leanne Riley, Vera da Costa e Silva, and Gretchen Stevens, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014 (World Health Organization, 2014), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf.

14 Marie Ng, Tom Fleming, Margaret Robinson, Blake Thomson, Nicholas Graetz, Christopher Margono, Erin C Mullany, et al., “Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults during 1980–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013,” Lancet 384, no. 9945 (August 2014): 766–81, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8.

15 Hannah Ritchie and Max Roser, “Drug Use,” Our World in Data, December 2019, https://ourworldindata.org/drug-use.

16 Anne Case and Angus Deaton, Deaths of Despair and the Future of Capitalism (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2020), https://doi.org/10.2307/j.ctvpr7rb2.

17 “Capital Pains,” Economist, July 18, 2020. Першоджерела див.: https://www.unenvironment.org/resources/report/inclusive-wealth-report-2018, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306261919305215.

18 Philip Rieff, The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud (New York: Harper and Row, 1966).

19 Ross Douthat, Bad Religion: How We Became a Nation of Heretics (New York: Free Press, 2013).

20 Maricia L. Meldrum, "A Capsule History of Pain Management," JAMA 290, no. 18 (2003): 2470–75, https://doi.org/10.1001/jama.290.18.2470.

21 Victoria K. Shanmugam, Kara S. Couch, Sean McNish, and Richard L. Amdur, "Relationship between Opioid Treatment and Rate of Healing in Chronic Wounds," Wound Repair and Regeneration 25, no. 1 (2017): 120–30, https://doi.org/10.1111/wrr.12496.

22 Thomas Sydenham, "A Treatise of the Gout and Dropsy," in The Works of Thomas Sydenham, M.D., on Acute and Chronic Diseases (London, 1783), 254, https://books.google.com/books?id=iSxsAAAAMAAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

23 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, "Behavioral Health, United States, 2012," HHS Publication No. (SMA) 13-4797, 2013, http://www.samhsa.gov/data /sites/default/files/2012-BHUS.pdf.

24 Bruce S. Jonas, Qiuping Gu, and Juan R. Albertorio-Diaz, "Psychotropic Medication Use among Adolescents: United States, 2005–2010," NCHS Data Brief, no. 135 (December 2013): 1–8.

25 OECD Health Statistics," July 2020, http://www.oecd.org/els /health-systems/health-data.htm. Laura A. Pratt, Debra J. Brody, Quiping Gu, "Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008," NCHS Data Brief No. 76, October 2011, https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db76.htm.

26 Brian J. Piper, Christy L. Ogden, Olapeju M. Simoyan, Daniel Y. Chung, James F. Caggiano, Stephanie D. Nichols, and Kenneth L. McCall, "Trends in Use of Prescription Stimulants in the United States and Territories, 2006 to 2016," PLOS ONE 13, no. 11 (2018), https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206100.

27 Marcus A. Bachhuber, Sean Hennessy, Chinazo O. Cunningham, and Joanna L. Starrels, "Increasing Benzodiazepine Prescriptions and Overdose Mortality in the United States, 1996–2013," American Journal of Public Health 106, no. 4 (2016): 686–88, https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303061.

28 Aldous Huxley, Brave New World Revisited (New York: HarperCollins, 2004).

29 Neil Postman, Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in the Age of Show Business (New York: Penguin Books, 1986).

30 John F. Helliwell, Haifang Huang, and Shun Wang, "Chapter 2—Changing World Happiness," World Happiness Report 2019, March 20, 2019, 10–46.

31 Ayelet Meron Ruscio, Lauren S. Hallion, Carmen C. W. Lim, Sergio Aguilar-Gaxiola, Ali Al-Hamzawi, Jordi Alonso, Laura Helena Andrade, et al., "Cross-Sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder across the Globe," JAMA Psychiatry 74, no. 5 (2017): 465–75, https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.

32 Qingqing Liu, Hairong He, Jin Yang, Xiaojie Feng, Fanfan Zhao, and Jun Lyu, "Changes in the Global Burden of Depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease Study," Journal of Psychiatric Research 126 (June 2019): 134–40, https://doi.org/10.1016/j .jpsychires.2019.08.002.

33 David G. Blanchflower and Andrew J. Oswald, "Unhappiness and Pain in Modern America: A Review Essay, and Further Evidence, on Carol Graham's Happiness for All?" IZA Institute of Labor Economics discussion paper, November 2017.

34 Robert William Fogel, The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism (Chicago: University of Chicago Press, 2000).

35 Kathleen A. Montagu, "Catechol Compounds in Rat Tissues and in Brains of Different Animals," Nature 180 (1957): 244–45, https://doi.org/10.1038/180244a0.

36 Bryon Adinoff, "Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction," Harvard Review of Psychiatry 12, no. 6 (2004): 305–20, https://doi.org/10.1080/10673220490910844.

37 Qun Yong Zhou and Richard D. Palmiter, "Dopamine-Deficient Mice Are Severely Hypoactive, Adipsic, and Aphagic," Cell 83, no. 7 (1995): 1197–1209, https://doi.org /10.1016/0092-8674(95)90145-0.

38 Valentina Bassareo and Gaetano Di Chiara, "Modulation of Feeding-Induced Activation of Mesolimbic Dopamine Transmission by Appetitive Stimuli and Its Relation to Motivational State," European Journal of Neuroscience 11, no. 12 (1999): 4389–97, https://doi.org/10.1046/j.1460-9568.1999.00843.x.

39 Dennis F. Fiorino, Ariane Coury, and Anthony G. Phillips, "Dynamic Changes in Nucleus Accumbens Dopamine Efflux during the Coolidge Effect in Male Rats," Journal of -Neuroscience 17, no. 12 (1997): 4849–55, https://doi.org/10.1523 /jneurosci.17-12-04849.1997.

40 Gaetano Di Chiara and Assunta Imperato, "Drugs Abused by Humans Preferentially Increase Synaptic Dopamine Concentrations in the Mesolimbic System of Freely Moving Rats," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 85, no. 14 (1988): 5274–78, https://doi.org/10.1073/pnas.85.14.5274.

41 Siri Leknes and Irene Tracey, "A Common Neurobiology for Pain and Pleasure," Nature Reviews Neuroscience 9, no. 4 (2008): 314–20, https://doi.org/10.1038/nrn2333.

42 Richard L. Solomon and John D. Corbit, “An Opponent-Process Theory of Motivation,” American Economic Review 68, no. 6 (1978): 12–24.

43 Yinghui Low, Collin F. Clarke, and Billy K. Huh, “Opioid-Induced Hyperalgesia: A Review of Epidemiology, Mechanisms and Management,” Singapore Medical Journal 53, no. 5 (2012): 357–60.

44 Joseph W. Frank, Travis I. Lovejoy, William C. Becker, Benjamin J. Morasco, Christopher J. Koenig, Lilian Hoffecker, Hannah R. Dischinger, et al., “Patient Outcomes in Dose Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Therapy: A Systematic Review,” Annals of Internal Medicine 167, no. 3 (2017): 181–91, https://doi.org/10.7326/M17-0598.

45 Nora D. Volkow, Joanna S. Fowler, and Gene-Jack Wang, “Role of Dopamine in Drug - Reinforcement and Addiction in Humans: Results from Imaging Studies,” Behavioural Pharmacology 13, no. 5 (2002): 355–66, https://doi.org/10.1097/00008877-200209000-00008.

46 George F. Koob, “Hedonic Homeostatic Dysregulation as a Driver of Drug-Seeking Behavior,” Drug Discovery Today: Disease Models 5, no. 4 (2008): 207–15, https ://doi.org/10.1016/j.ddmod.2009.04.002.

47 Jakob Linnet, Ericka Peterson, Doris J. Doudet, Albert Gjedde, and Arne Møller, “Dopamine Release in Ventral Striatum of Pathological Gamblers Losing Money,” Acta Psychiatrica Scandinavica 122, no. 4 (2010): 326–33, https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01591.x.

48 Terry E. Robinson and Bryan Kolb, “Structural Plasticity Associated with Exposure to Drugs of Abuse,” Neuropharmacology 47, Suppl. 1 (2004): 33–46, https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2004.06.025.

49 Brian Kolb, Grazyna Gorny, Yilin Li, Anne-Noël Samaha, and Terry E. Robinson, “Amphetamine or Cocaine Limits the Ability of Later Experience to Promote Structural Plasticity in the Neocortex and Nucleus Accumbens,” Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 100, no. 18 (2003): 10523–28, https://doi.org /10.1073/pnas.1834271100.

50 Sandra Chanraud, Anne-Lise Pitel, Eva M. Muller-Oehring, Adolf Pfefferbaum, and Edith V. Sullivan, “Remapping the Brain to Compensate for Impairment in Recovering Alcoholics,” Cerebral Cortex 23 (2013): 97–104, doi:10.1093/cercor/bhr38; Changhai Cui, Antonio Noronha, Kenneth R. Warren, George F. Koob, Rajita Sinha, Mahesh Thakkar, John Matochik, et al., “Brain Pathways to Recovery from Alcohol Dependence,” Alcohol 49, no. 5 (2015): 435–52. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.04.006.

51 Vincent Pascoli, Marc Turiault, and Christian Lüscher, “Reversal of Cocaine-Evoked Synaptic Potentiation Resets Drug-Induced Adaptive Behaviour,” Nature 481 (2012): 71–75, https://doi.org/10.1038/nature10709.

52 Henry Beecher, “Pain in Men Wounded in Battle,” Anesthesia & Analgesia, 1947, https://doi.org/10.1213/00000539 -194701000-00005.

53 J. P. Fisher, D. T. Hassan, and N. O’Connor, “Case Report on Pain,” British Medical Journal 310, no. 6971 (1995): 70, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548478/pdf/bmj00574-0074.pdf.

54 Доктор Том Фінукане — професор медицини Університету Джонса Гопкінса в Балтиморі, на роботу якого я натрапила, коли читала там лекції як запрошений професор. Я вперше почула цей вислів під час вечері з деякими його студентами, і зрозуміла, що маю знайти спосіб додати його в цю книжку.

55 Nora D. Volkow, Joanna S. Fowler, Gene-Jack Wang, and James M. Swanson, “Dopamine in Drug Abuse and Addiction: Results from Imaging Studies and Treatment Implications,” Molecular Psychiatry 9, no. 6 (June 2004): 557–69, https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001507.

56 Sandra A. Brown and Marc A. Schuckit, “Changes in Depression among Abstinent Alcoholics,” Journal on Studies of Alcohol 49, no. 5 (1988): 412–17, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3216643/.

57 Kenneth B. Wells, Roland Sturm, Cathy D. Sherbourne, and Lisa S. Meredith, Caring for Depression (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996).

58 Mark B. Sobell and Linda C. Sobell, “Controlled Drinking after 25 Years: How Important Was the Great Debate?,” Addiction 90, no. 9 (1995): 1149–53. Linda C. Sobell, John A. Cunningham, and Mark B. Sobell, “Recovery from Alcohol Problems with and without Treatment: Prevalence in Two Population Surveys,” American Journal of Public Health 86, no. 7 (1996): 966–72.

59 Serge H. Ahmed and George F. Koob, “Transition from Moderate to Excessive Drug Intake: Change in Hedonic Set Point,” Science 282, no. 5387 (1998): 298–300, https://doi .org/10.1126/science.282.5387.298.

60 Jason L. Rogers, Silvia De Santis, and Ronald E. See, “Extended Methamphetamine Self-Administration Enhances Reinstatement of Drug Seeking and Impairs Novel Object Recognition in Rats,” Psychopharmacology 199, no. 4 (2008): 615–24, https://doi.org/10.1007/s00213-008-1187-7.

61 Laura E. O’Dell, Scott A. Chen, Ron T. Smith, Sheila E. Specio, Robert L. Balster, Neil E. Paterson, Athina Markou, et al., “Extended Access to Nicotine Self-Administration Leads to Dependence: Circadian Measures, Withdrawal Measures, and Extinction Behavior in Rats,” Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 320, no. 1 (2007): 180–93, https://doi.org/10.1124/jpet.106.105270.

62 Scott A. Chen, Laura E. O’Dell, Michael E. Hoefer, Thomas N. Greenwell, Eric P. Zorrilla, and George F. Koob, “Unlimited Access to Heroin Self-Administration: Independent Motivational Markers of Opiate Dependence,” Neuropsychopharmacology 31, no. 12 (2006): 2692–707, https://doi.org/ 10.1038/sj.npp.1301008.

63 Marcia Spoelder, Peter Hesseling, Annemarie M. Baars, José G. Lozeman-van’t Klooster, Marthe D. Rotte, Louk J. M. J. Vanderschuren, and Heidi M. B. Lesscher, “Individual Variation in Alcohol Intake Predicts Reinforcement, Motivation, and Compulsive Alcohol Use in Rats,” Alcoholism: Clinical and Experimental Research 39, no. 12 (2015): 2427–37, https://doi.org /10.1111/acer.12891.

64 Roelof Eikelboom and Randelle Hewitt, “Intermittent Access to a Sucrose Solution for Rats Causes Long-Term Increases in Consumption,” Physiology and Behavior 165 (2016): 77–85, https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.07.002.

65 Valentina Vengeliene, Ainhoa Bilbao, and Rainer Spanagel, “The Alcohol Deprivation Effect Model for Studying Relapse Behavior: A Comparison between Rats and Mice,” Alcohol 48, no. 3 (2014): 313–20, https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.03.002.

66 Я вперше зустріла термін «самостримування» в цій статті: Sally Satel and Scott O. Lilienfeld. Sally Satel and Scott O. Lilienfeld, “Addiction and the Brain-Disease Fallacy,” Frontiers in Psychiatry 4 (March 2014): 1–11, https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00141. Певний час я була шанувальницею цієї роботи, адже її авторка застосовувала термін «самостримування», аби зробити наголос на «величезній ролі особистої агентивності у збереженні циклу вживання наркотиків і рецидиву». Однак я не згодна з основною думкою цієї статті, що наша здатність до самостримування спростовує модель залежності як захворювання. На мою думку, наша потреба в самостримуванні свідчить про потужний потяг з боку залежності й супутні зміни мозку, що відповідає моделі залежності як захворювання. Економіст Томас Шеллінґ також розглядає концепцію самостримування, але називає її самоуправлінням або самоконтролем. “Self-Command in Practice, in Policy, and in a Theory of Rational Choice,” American Economic Review 74, no. 2 (1984): 1–11, https://econpapers.repec.org/article/aeaaecrev/v_3a74_3ay_3a1984_3ai_3a2_3ap_3a1-11 .htm. https://doi.org/10.2307/1816322.

67 J. D. Sinclair, “Evidence about the Use of Naltrexone and for Different Ways of Using It in the Treatment of Alcoholism,” Alcohol and Alcoholism 36, no. 1 (2001): 2–10, https://doi.org/10.1093/alcalc/36.1.2

68 Anna Lembke and Niushen Zhang, “A Qualitative Study of Treatment-Seeking Heroin Users in Contemporary China,” Addiction Science & Clinical Practice 10, no. 23 (2015), -https://doi.org/10.1186/s13722-015-0044-3.

69 Jeffrey S. Chang, Jenn Ren Hsiao, and Che Hong Chen, “ALDH2 Polymorphism and Alcohol- Related Cancers in Asians: A Public Health Perspective” Journal of Biomedical Science 24, no. 19 (2017): 1–10, https://doi.org /10.1186/s12929-017-0327-y.

70 Magdalena Plecka Östlund, Olof Backman, Richard Marsk, Dag Stockeld, Jesper Lagergren, Finn Rasmussen, and Erik Näslund, “Increased Admission for Alcohol Dependence after Gastric Bypass Surgery Compared with Restrictive Bariatric Surgery,” JAMA Surgery 148, no. 4 (2013): 374–77, https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.700.

71 Robert William Fogel, The Fourth Great Awakening and the Future of Egalitarianism (Chicago: University of Chicago Press, 2000). Дані про дозвілля й роботу в США взяті з книжки Фоґеля, що містить вражаючий аналіз економічної, соціальної та духовної трансформації у Сполучених Штатах за останні 400 років.

72 David R. Francis, “Why High Earners Work Longer Hours,” National Bureau of Economic Research digest, September 2020, http://www.nber.org/digest/jul06/w11895.html.

73 OECD, “Special Focus: Measuring Leisure in OECD Countries,” in Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators (Paris: OECD Publishing, 2009), https://doi .org/10.1787/soc_glance-2008-en.

74 Eric J. Iannelli, “Species of Madness,” Times Literary Supplement, September 22, 2017.

75 Mark Aguiar, Mark Bils, Kerwin K. Charles, and Erik Hurst, “Leisure Luxuries and the Labor Supply of Young Men,” National Bureau of Economic Research working paper, June 2017, https://doi.org/10.3386/w23552.

76 Anne L. Bretteville-Jensen, “Addiction and Discounting,” Journal of Health Economics 18, no. 4 (1999): 393–407, https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00057-5.

77 Warren K. Bickel, Benjamin P. Kowal, and Kirstin M. Gatchalian, “Understanding Addiction as a Pathology of Temporal Horizon,” Behavior Analyst Today 7, no. 1 (2006): 32–47, https://doi.org/10.1037/h0100148.

78 Nancy M. Petry, Warren K. Bickel, and Martha Arnett, “Shortened Time Horizons and Insensitivity to Future Consequences in Heroin Addicts,” Addiction 93, no. 5 (1998): 729–38, https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9357298.x.

79 Samuel M. McClure, David I. Laibson, George Loewenstein, and Jonathan D. Cohen, “Separate Neural Systems Value Immediate and Delayed Monetary Rewards,” Science 306, no. 5695 (2004): 503–7, https://doi.org/10.1126/science.1100907.

80 Dandara Ramos, Tânia Victor, Maria L. Seidl-de-Moura, and Martin Daly, “Future Discounting by Slum-Dwelling Youth versus University Students in Rio de Janeiro,” Journal of

Research on Adolescence 23, no. 1 (2013): 95–102, https://doi .org/10.1111/j.1532-7795.2012.00796.x.

81 “Qur’an: Verse 24:31,” accessed July 2, 2020, http://corpus.quran.com/translation.jsp?chapter=24&verse=31.

82 The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints, “Dress and Appearance,” accessed July 2, 2020, https://www.churchofjesuschrist.org/study/manual/for-the-strength-of-youth/dress-and-appearance?lang=eng.

83 M. Shahbandeh, “Gluten- Free Food Market Value in the United States from 2014 to 2025,” Statista, November 20, 2019, accessed July 2, 2020, https://www.statista.com/statistics/884086/us-gluten-free-food-market-value/.

84 Yuichi Shoda, Walter Mischel, and Philip K. Peake, “Predicting Adolescent Cognitive and Self-Regulatory Competencies from Preschool Delay of Gratification: Identifying Diagnostic Conditions,” Developmental Psychology 26, no. 6 (1990): 978–86, https://doi.org/10.1037/0012-1649.26.6.978.

85 Roy F. Baumeister, “Where Has Your Willpower Gone?,” New Scientist 213, no. 2849 (2012): 30–31, https://doi.org/10.1016/s0262-4079(12)60232-2.

86 Immanuel Kant, “Groundwork of the Metaphysic of Morals (1785),” Cambridge Texts in the History of Philosophy (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

87 John Strang, Thomas Babor, Jonathan Caulkins, Benedikt Fischer, David Foxcroft, and Keith Humphreys, “Drug Policy and the Public Good: Evidence for Effective Interventions,” Lancet 379 (2012): 71-83.

88 Centers for Disease Control and Prevention, “U.S. Opioid Prescribing Rate Maps,” accessed July 2, 2020, https://www.cdc.gov/drugoverdose/maps/rxrate-maps.html.

89 Robert Whitaker, Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America (New York: Crown, 2010).

90 Gretchen LeFever Watson, Andrea Powell Arcona, and David O. Antonuccio, “The ADHD Drug Abuse Crisis on American College Campuses,” Ethical Human Psychology and Psychiatry 17, no. 1 (2015), https://doi.org/10.1891/1559-4343.17.1.5.

91 Anthony F. Jorm, Scott B. Patten, Traolach S. Brugha, and Ramin Mojtabai, “Has Increased Provision of Treatment Reduced the Prevalence of Common Mental Disorders? Review of the Evidence from Four Countries,” World Psychiatry 16, no. 1 (2017): 90–99, https://doi.org/10.1002/wps.20388.

92 Larry F. Chu, David J. Clark, and Martin S. Angst, “Opioid Tolerance and Hyperalgesia in Chronic Pain Patients after One Month of Oral Morphine Therapy: A Preliminary Prospective Study,” Journal of Pain 7, no. 1 (2006): 43–48, https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.08.001.

93 Rif S. El-Mallakh, Yonglin Gao, and R. Jeannie Roberts, “Tardive Dysphoria: The Role of Long Term Antidepressant Use in-Inducing Chronic Depression,” Medical Hypotheses 76, no. 6 (2011): 769–73, https://doi.org/10.1016/j.mehy.2011 .01.020.

94 Peter D. Kramer, Listening to Prozac (New York: Viking Press, 1993).

95 Lajeana D. Howie, Patricia N. Pastor, and Susan L. Lukacs, “Use of Medication Prescribed for Emotional or Behavioral Difficulties among Children Aged 6–17 Years in the United States, 2011–2012,” Health Care in the United States: Developments and Considerations 5, no. 148 (2015): 25–35.

96 Alan Schwarz, “Thousands of Toddlers Are Medicated for A.D.H.D., Report Finds, Raising Worries,” New York Times, May 16, 2014.

97 Edmund C. Levin, “The Challenges of Treating Developmental Trauma Disorder in a Residential Agency for Youth,” Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry 37, no. 3 (2009): 519–38, https://doi.org/10.1521/jaap.2009.37.3.519.

98 Casey Crump, Kristina Sundquist, Jan Sundquist, and Marilyn A. Winkleby, “Neighborhood Deprivation and Psychiatric Medication Prescription: A Swedish National Multilevel Study,” Annals of Epidemiology 21, no. 4 (2011): 231–37, https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.01.005.

99 Robin Ghertner and Lincoln Groves, “The Opioid Crisis and Economic Opportunity: Geographic and Economic Trends,” ASPE Research Brief from the U.S. Department of Health and Human Services, 2018, https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/259261/ASPEEconomicOpportunityOpioidCrisis.pdf.

100 Mark J. Sharp and Thomas A. Melnik, “Poisoning Deaths Involving Opioid Analgesics—New York State, 2003–2012,” Morbidity and Mortality Weekly Report 64, no. 14 (2015): 377–80; P. Coolen, S. Best, A. Lima, J. Sabel, and L. J. Paulozzi, “Overdose Deaths Involving Prescription Opioids among Medicaid Enrollees—Washington, 2004–2007,” Morbidity and Mortality Weekly Report 58, no. 42 (2009): 1171–75/

101 Alexandrea E. Hatcher, Sonia Mendoza, and Helena Hansen, “At the Expense of a Life: Race, Class, and the Meaning of Buprenorphine in Pharmaceuticalized ‘Care,’” Substance Use and Misuse 53, no. 2 (2018): 301–10, https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1385633.

102 Petr Šrámek, Marie Šimečková, Ladislav Janský, Jarmila Šavlíková, and Stanislav Vybíral, “Human Physiological Responses to Immersion into Water of Different

Temperatures," European Journal of Applied Physiology 81 (2000): 436–42, https://doi.org/10.1007/s004210050065.

103 Christina G. von der Ohe, Corinna Darian-Smith, Craig C. Garner, and H. Craig Heller, "Ubiquitous and Temperature-Dependent Neural Plasticity in Hibernators," Journal of Neuroscience 26, no. 41 (2006): 10590–98, https://doi.org/10.15.

104 Russell M. Church, Vincent LoLordo, J. Bruce Overmier, Richard L. Solomon, and Lucille H. Turner, "Cardiac Responses to Shock in Curarized Dogs: Effects of Shock Intensity and Duration, Warning Signal, and Prior Experience with Shock," Journal of Comparative and Physiological Psychology 62, no. 1 (1966): 1–7, https://doi.org/10.1037/h0023476; Aaron H. Katcher, Richard L. Solomon, Lucille H. Turner, Vincent LoLordo, J. Bruce Overmier, and Robert A. Rescorla, "Heart Rate and Blood Pressure Responses to Signaled and Unsignaled Shocks: Effects of Cardiac Sympathectomy," Journal of Comparative and Physiological Psychology 68, no. 2 (1969): 163–74; Richard L. Solomon and John D. Corbit, "An Opponent-Process Theory of Motivation," American Economic Review 68, no. 6 (1978): 12–24.

105 R. S. Bluck, Plato's Phaedo: A Translation of Plato's Phaedo (London: Routledge, 2014), https:// www.google.com/books/edition/Plato_s_Phaedo/7FzXAwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=%22how+strange+would+appear+to+be+this +thing+that+men+call+pleasure %22&pg=PA41&printsec=frontcover.

106 Helen B. Taussig, "'Death' from Lightning and the Possibility of Living Again," American Scientist 57, no. 3 (1969): 306–16.

107 Edward J. Calabrese and Mark P. Mattson, "How Does Hormesis Impact Biology, Toxicology, and Medicine?," npj Aging and Mechanisms of Disease 3, no. 13 (2017), https://doi.org/10.1038/s41514-017-0013-z.

108 James R. Cypser, Pat Tedesco, and Thomas E. Johnson, "Hormesis and Aging in Caenorhabditis Elegans," Experimental Gerontology 41, no. 10 (2006): 935–39, https://doi.org/10.1016/j.exger.2006.09.004.

109 Nadège Minois, "The Hormetic Effects of Hypergravity on Longevity and Aging," Dose-Response 4, no. 2 (2006), https://doi.org/10.2203/dose-response.05-008.minois. Прочитавши матеріали цього дослідження, я уявила собі, що провела від 2 до 4 тижнів у гравітроні в місцевому парку розваг. Гравітрон — це велика вертикальна бочка, що обертається зі швидкістю 33 оберти за хвилину, створюючи відцентровий ефект, еквівалентний перевантаженню силою 3g, перш ніж випаде дно. З урахуванням того, що середня тривалість життя плодової мушки становить 50 днів, це понад 50 людських років у гравітроні. Бідні мушки!

110 Shizuyo Sutou, "Low-Dose Radiation from A-Bombs Elongated Lifespan and Reduced Cancer Mortality Relative to Un-Irradiated Individuals," Genes and Environment 40, no. 26 (2018), https://doi.org/10.1186/s41021-018-0114-3.

111 John B. Cologne and Dale L. Preston, “Longevity of Atomic-Bomb Survivors,” Lancet 356, no. 9226 (July 22, 2000): 303–7, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02506-X.

112 Mark P. Mattson and Ruiqian Wan, “Beneficial Effects of Intermittent Fasting and Caloric Restriction on the Cardiovascular and Cerebrovascular Systems,” Journal of Nutritional Biochemistry 16, no. 3 (2005): 129–37, https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2004.12.007.

113 Aly Weisman and Kristen Griffin, “Jimmy Kimmel Lost a Ton of Weight on This Radical Diet,” Business Insider, January 9, 2016.

114 Anna Lembke and Amer Raheemullah, “Addiction and Exercise,” in Lifestyle Psychiatry: Using Exercise, Diet and Mindfulness to Manage Psychiatric Disorders, ed. Doug Noordsy (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2019).

115 Daniel T. Omura, Damon A. Clark, Aravinthan D. T. Samuel, and H. Robert Horvitz, “Dopamine Signaling Is Essential for Precise Rates of Locomotion by C. Elegans,” PLOS ONE 7, no. 6 (2012), https://doi.org /10.1371/journal.pone.0038649.

116 Shu W. Ng and Barry M. Popkin, “Time Use and Physical Activity: A Shift Away from Movement across the Globe,” Obesity Reviews 13, no. 8 (August 2012): 659–80, https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00982.x.

117 Mark P. Mattson, “Energy Intake and Exercise as Determinants of Brain Health and Vulnerability to Injury and Disease,” Cell Metabolism 16, no. 6 (2012): 706–22, https://doi.org/10.1016/j.cmet.2012.08.012.

118 B. K. Pedersen and B. Saltin, “Exercise as Medicine—Evidence for Prescribing Exercise as Therapy in 26 Different Chronic Diseases,” Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 25, no. S3(2015): 1–72.152 “tyranny of convenience”: Tim Wu, “The Tyranny of Convenience,” New York Times, February 6, 2018.

119 Hippocrates, Aphorisms, accessed July 8, 2020, http://classics.mit.edu/Hippocrates/aphorisms.1.i.html.

120 Christian Sprenger, Ulrike Bingel, and Christian Büchel, “Treating Pain with Pain: Supraspinal Mechanisms of Endogenous Analgesia Elicited by Heterotopic Noxious Conditioning Stimulation,” Pain 152, no. 2 (2011): 428–39, https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.018.

121 Liu Xiang, “Inhibiting Pain with Pain—A Basic Neuromechanism of Acupuncture Analgesia,” Chinese Science Bulletin 46, no. 17 (2001): 1485–94, https://doi.org/10.1007/BF03187038.

122 Jarred Younger, Noorulain Noor, Rebecca McCue, and Sean Mackey, “Low-Dose - Naltrexone for the Treatment of Fibromyalgia: Findings of a Small, Randomized, Double-

Blind, Placebo-Controlled, Counterbalanced, Crossover Trial Assessing Daily Pain Levels," Arthritis and Rheumatism 65, no. 2 (2013): 529–38, https://doi.org/10.1002/art.37734.

123 Ugo Cerletti, "Old and New Information about Electroshock," American Journal of Psychiatry 107, no. 2 (1950): 87–94, https://doi.org /10.1176/ajp.107.2.87.

124 Amit Singh and Sujita Kumar Kar, "How Electroconvulsive Therapy Works?: Understanding the Neurobiological Mechanisms," Clinical Psychopharmacology and Neuroscience 15, no. 3 (2017): 210–21, https://doi.org/10.9758 /cpn.2017.15.3.210.

125 Mark Synnott, The Impossible Climb: Alex Honnold, El Capitan, and the Climbing Life (New York: Dutton, 2018).

126 Chris M. Sherwin, "Voluntary Wheel Running: A Review and Novel Interpretation," Animal Behaviour 56, no. 1 (1998): 11–27, https://doi.org/10.1006/anbe.1998.0836.

127 Johanna H. Meijer and Yuri Robbers, "Wheel Running in the Wild," Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, July 7, 2014, https://doi.org/10.1098 /rspb.2014.0210.

128 Daniel Saal, Yan Dong, Antonello Bonci, and Robert C. Malenka, "Drugs of Abuse and Stress Trigger a Common Synaptic Adaptation in Dopamine Neurons," Neuron 37, no. 4 (2003): 577–82, https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00021-7.

129 Ingmar H. A. Franken, Corien Zijlstra, and Peter Muris, "Are Nonpharmacological Induced Rewards Related to Anhedonia? A Study among Skydivers," Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry 30, no. 2 (2006): 297–300, https://doi.org/10.1016 /j.pnpbp.2005.10.011.

130 Jeffrey B. Kreher and Jennifer B. Schwartz, "Overtraining Syndrome: A Practical Guide," Sports Health 4, no. 2 (2012), https://doi.org/10.1177/1941738111434406.

131 Kate Knibbs, "All the Gear an Ultramarathoner Legend Brings with Him on the Trail," Gizmodo, October 29, 2015, https://gizmodo.com/all-the-gear-an-ultramarathon-legend-brings-with-him-on-1736088954.

132 Mark Synnott, "How Alex Honnold Made the Ultimate Climb without a Rope," National Geographic online, accessed July 8, 2020, https://www.nationalgeographic.com/magazine/2019/02/alex-honnold -made-ultimate-climb-el-capitan-without-rope.

133 David R. Francis, "Why High Earners Work Longer Hours," National Bureau of Economic Research digest, accessed February 5, 2021, https://www.nber.org/digest/jul06/w11895.html.

134 Silvio José Lemos Vasconcellos, Matheus Rizzatti, Thamires Pereira Barbosa, Bruna Sangoi Schmitz, Vanessa Cristina Nascimento Coelho, and Andrea Machado, "Understanding

Lies Based on Evolutionary Psychology: A Critical Review," Trends in Psychology 27, no. 1 (2019): 141–53, https://doi.org/10.9788/TP2019.1-11.

135 Michel André Maréchal, Alain Cohn, Giuseppe Ugazio, and Christian C. Ruff, "Increasing Honesty in Humans with Noninvasive Brain Stimulation," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 114, no. 17 (2017): 4360–64, https://doi.org /10.1073/pnas.1614912114.

136 Seven E. Tomek, Gabriela M. Stegmann, and M. Foster Olive, "Effects of Heroin on Rat Prosocial Behavior," Addiction Biology 24, no. 4 (2019): 676–84, https://doi.org/10.1111/adb.12633.

137 Окситоцин також спричиняє вивільнення серотоніну (5HT) у головній мішені дофаміну, прилеглому ядрі. Вивільнення серотоніну в прилеглому ядрі відіграє важливішу роль, ніж вивільнення дофаміну, з огляду на стимулювання «просоціальної» поведінки. Разом з тим, саме одночасне вивільнення дофаміну робить просоціальну поведінку потенційно адиктивною. Lin W. Hung, Sophie Neuner, Jai S. Polepalli, Kevin T. Beier, Matthew Wright, Jessica J. Walsh, Eastman M. Lewis, et al., "Gating of Social Reward by Oxytocin in the Ventral Tegmental Area," Science 357, no. 6358 (2017): 1406–11, https://doi.org/10.1126/science.aan4994.

138 Twelve Steps and Twelve Traditions (New York: Alcoholics Anonymous World Services).

139 Donald W. Winnicott, "Ego Distortion in Terms of True and False Self," in The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development (New York: International Universities Press, 1960), 140–57.

140 Mark Epstein, Going on Being: Life at the Crossroads of Buddhism and Psychotherapy (Boston: WIsdom Publications, 2009).

141 Warren K. Bickel, A. George Wilson, Chen Chen, Mikhail N. Koffarnus, and Christopher T. Franck, "Stuck in Time: Negative Income Shock Constricts the Temporal Window of Valuation Spanning the Future and the Past," PLOS ONE 11, no. 9 (2016): 1–12, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163051.

142 Celeste Kidd, Holly Palmeri, and Richard N. Aslin, "Rational Snacking: Young Children's Decision-Making on the Marshmallow Task Is Moderated by Beliefs about Environmental Reliability," Cognition 126, no. 1 (2013): 109–14, https://doi.org/10.1016/j.cognition.2012.08.004.

143 Mark J. Edlund, Katherine M. Harris, Harold G. Koenig, Xiaotong Han, Greer Sullivan, Rhonda Mattox, and Lingqi Tang, "Religiosity and Decreased Risk of Substance Use Disorders: Is the Effect Mediated by Social Support or Mental Health Status?," Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 45 (2010): 827–36, https://doi.org/10.1007/s00127-009-0124-3.

144 Laurence R. Iannaccone, “Sacrifice and Stigma: Reducing Free-Riding in Cults, Communes, and Other Collectives,” Journal of Political Economy 100, no. 2 (1992): 271–91.

145 Laurence R. Iannaccone, “Why Strict Churches Are Strong,” American Journal of Sociology 99, no. 5 (1994): 1180–1211, https://doi.org/10.2307/2781147.